

国民健康保険について

平成26年10月29日
厚生労働省保険局

1. 市町村国保について	2
論点① 国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方策	14
論点② 国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方 ...	24
論点②-1 財政運営、保険料の賦課・徴収の仕組み	24
論点②-2 分賦金の勘案要素	32
論点②-3 資格管理、保険給付	41
論点②-4 保健事業	47
2. 国民健康保険組合について	51

1. 市町村国保について

市町村国保が抱える構造的な課題と 社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・ 65～74歳の割合: 国保(32.5%)、健保組合(2.6%)
- ・ 一人あたり医療費: 国保(31.6万円)、健保組合(14.4万円)

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・ 加入者一人当たり平均所得: 国保(83万円)、健保組合(200万円(推計))
- ・ 無所得世帯割合: 23.7%

③ 保険料負担が重い

- ・ 加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.9%)、健保組合(5.3%) ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率低下

- ・ 収納率: 平成11年度 91.38% → 平成24年度 89.86%
- ・ 最高収納率: 94.76%(島根県) ・ 最低収納率: 85.63%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・ 市町村による法定外繰入額: 約3,900億円 うち決算補てん等の目的: 約3,500億円、繰上充用額: 約1,200億円(平成24年度)

3. 財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・ 1717保険者中3000人未満の小規模保険者 430 (全体の1/4)

⑦ 市町村間の格差

- ・ 一人あたり医療費の都道府県内格差 最大: 3.1倍(東京都) 最小: 1.2倍(富山県)
- ・ 一人あたり所得の都道府県内格差 最大: 8.0倍(北海道) 最小: 1.3倍(富山県)
- ・ 一人当たり保険料の都道府県内格差 最大: 2.9倍(東京都) 最小: 1.3倍(富山県)

① 国保に対する財政支援の拡充

② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、

- ・ 財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、
- ・ 保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」（国保基盤強化協議会）について

1. 協議事項

- ① 国民健康保険の財政上の構造問題の分析とその解決に向けた方策
- ② 国民健康保険の運営に関する業務に係る都道府県と市町村の役割分担のあり方
- ③ その他、地方からの提案事項

2. メンバー

○政務レベル協議

【厚生労働省】 厚生労働大臣、副大臣、政務官

【地方代表】 栃木県知事、高知市長(高知県)、井川町長(秋田県)

○事務レベルWG

【厚生労働省】 厚生労働省保険局

総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

【地方代表】 (全国知事会)… 山形県、栃木県、愛知県、鳥取県、愛媛県

(全国市長会)… 見附市(新潟県)、裾野市(静岡県)、高松市(香川県)、高知市(高知県)

(全国町村会)… 井川町(秋田県)、奥多摩町(東京都)、聖籠町(新潟県)、九重町(大分県)

3. 進め方

平成26年	1月31日	政務レベル協議
	2月	} 毎月1回程度 事務レベルWG(計7回)
	↓	
	7月	
	8月8日	政務レベル協議(中間整理)

※ 中間整理において引き続き検討することとしている事項について、地方の理解が得られるよう、更に議論を深めることとし、年末までを目途に結論を得て、必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを目指す。

国保基盤強化協議会の中間整理のポイント

平成26年8月8日

国民健康保険制度の基盤強化に関する
国と地方の協議(国保基盤強化協議会)

1. はじめに

(1) 中間整理の位置づけ

○ 平成26年1月以降、厚生労働省と地方との協議を開催し、プログラム法や国民会議報告書の方向性に沿って、以下の協議事項について議論。

- ① 国民健康保険の財政上の構造問題の分析とその解決に向けた方策
- ② 国民健康保険の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方
- ③ その他、地方からの提案事項

○ 事務レベルワーキンググループでの7回にわたる議論を踏まえ、国民健康保険の見直しについて、課題や見直しの方向性等について整理を行うもの。

(2) 今後の進め方

○引き続き検討することとしている事項については、地方の理解が得られるよう、更に議論を深めることとし、年末までを目途に結論を得て、必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを目指す。

2. 財政上の構造問題の解決に向けた方向性

⇒国民健康保険の将来にわたる安定的な制度運営が可能となるよう、
以下のような観点に立ち、引き続き検討

(1) 保険料負担の軽減・伸びの抑制

- ① 一体改革において方針の決まっている低所得者対策のうち、未だ実現していない保険者支援制度の拡充(1,700億円)の早期・確実な実施
- ② ①に加え、更なる追加公費投入の実現
赤字の原因等の分析を踏まえ、財政上の構造問題の解決のための効果的・効率的な公費投入の方法を検討・実施
- ③ 予期せぬ給付増や保険料収納不足といった財政リスクを分散・軽減するための制度的対応として、例えば、財政安定化基金の創設などを検討 等

(2) 財源等

- ① 後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入した場合に生ずる国費の活用の検討を含め、予算編成過程を通じて財源確保に努力
- ② 地方の最終判断に支障をきたさないよう、できる限り早期に、追加公費の規模・財政基盤強化策を提示
- ③ 厚生労働省が、引き続き、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決に責任を持って取り組む。

3. 国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の方向性

⇒財政上の構造問題の解決が図られることを前提に、以下のような仕組みに見直すことが考えられ、引き続き検討

(1) 財政運営と保険料の賦課・徴収の基本的な仕組み

- 財政運営 … 都道府県
- 市町村は、
 - ・ 都道府県が定める「分賦金」(※)を納付 ※ 市町村ごとの医療費水準等を考慮することが基本
 - ・ 分賦金を納めるために必要な保険料率を定め、保険料を賦課・徴収

(2) 保険料水準の平準化に向けた仕組み等

- 都道府県は、市町村ごとの保険料率の算出方法 (※1) を示す
 - ※1 市町村規模別の収納率目標、都道府県として考える算定方式 等
 - ※2 「算出方法」のみならず、市町村ごとの標準保険料率を示すことについて、引き続き検討
- 保険料水準が急激に変化することのないよう、必要な経過措置を相当程度の期間設けることを検討

(3) 保険給付・資格管理・保健事業についての役割分担

- 保険給付の決定、資格管理 … 引き続き検討 (注)「窓口業務」(申請・届出の受付等)は、市町村で概ね一致
- 保健事業 … 市町村

社会保障審議会医療保険部会での主な意見（平成26年8月8日）【抜粋】

1 国保の財政上の構造問題

（国保の財政上の構造問題）

- 高齢化の進行に伴い、医療費の増加も見込まれるが、国保の構造問題を解決するためには赤字を解消するだけでなく、将来にわたり安定した制度となる必要がある。
- 都道府県が国保の財政運営の責任を担うことが可能となるためにも、政府においても勇断をもって前進を検討すべき。
- 都道府県が国保の財政運営の責任を果たすためには、財政上の構造問題を解決することが前提。法定外繰入については議論もあるが、法定外繰入分を保険料で全て賄うとした場合、果たして持続可能な制度となるのかどうか課題がある。
- 国保において前期高齢者の医療費が高いという問題は、前期財政調整で解決できていると言える。それよりも、入院医療費や精神疾患の医療費が高いという課題に着目する必要がある。
- 国保には、年齢構成が高い、低所得者の加入者が多いといった制度上変えられない問題があり、そうした国保特有の構造を踏まえて持続可能となるような仕組みを考えるべき。
- 医療保険制度改革の議論は、持続可能な制度を構築し、皆保険制度を堅持するという観点が重要。国保は、医療保険の最後の砦。年齢構成や所得水準など保険者の責によらない構造的問題の解消について、納得性のある対策の検討が必要。大都市では、法定外繰入が多く行われている一方で保険料負担率が平均より低い状況。これを、構造的な問題と言えるのか。

社会保障審議会医療保険部会での主な意見（平成26年8月8日）【抜粋】

（一般会計からの法定外繰入）

- 国保の保険料負担の重さから、一般会計からの法定外繰入を実施せざるを得ないという実態もあり、法定外繰入をやめるべきというのであれば、基盤強化のための公費による財政支援が不可欠。
- 現在行われている3,500億円の法定外繰入が解消されたとしても、所得に対する保険料負担は高いままで、国保の被保険者の負担感は変わらない。
- 法定外繰入の3,500億円だけが解消すればいいということではない。法定外繰入を行っている市町村であっても、被用者保険と比べ、保険料負担率はかなり高い水準にある。仮に法定外繰入をやめて、単純に保険料に転嫁すると、中低所得者層の負担はさらに重くなってしまい、国保制度自体が破綻しかねない。法定外繰入だけが国保の問題ではない。
- 一般会計からの法定外繰入について、東京、神奈川、大阪、埼玉、愛知の5県を合計すれば、2,000億円以上に及ぶ。これらの都道府県が平均保険料率まで保険料を引き上げれば、法定外繰入は減るのではないか。
- 被用者保険は、積立金の取崩しか保険料率の引き上げによって対応するしか選択肢がないのに対し、国保には、一般会計からの繰入という手法がある。しかし、保険制度であるなら、保険料で賄うことを最優先にすべきで、この仕組みを見直すべき。
- 一般会計からの繰入は、それが可能だから行っている。財政の地域間格差の問題を医療保険で抱え込むのはおかしい。繰入は行わない、という方向で、制度改革を行うべき。その上で、どのように財政調整を行うか、ということを議論すべき。

社会保障審議会医療保険部会での主な意見（平成26年8月8日）【抜粋】

（保険料負担の水準）

- あるべき保険料水準について十分議論した上で、極めて大きい国保と被用者保険との保険料負担の格差をできる限り縮小し、所得水準が低いにもかかわらず、保険料負担が重いというような逆進性を是正するような、抜本的な財政基盤の強化が必要。
- 少なくともこれ以上は国保の保険料負担率が高くならないようにすべきであり、例えば、協会けんぽをひとつの目安にしながら可能な限り保険料負担率を引き下げてほしい。
- 国保の保険料負担は、圧倒的多数の都道府県においては、非常に高いのが実態。国保の実際の被保険者は、3割を被用者が占めており、被保険者に対する一定の所得捕捉は現場では適切にできている。
- 国保の被保険者の職業構成については、自営業や農業水産業の者が中心だったものから、年金生活者等の無職者と非正規労働者等で約7割を占める状況に変わってきている。そうしたことを踏まえると、国保と被用者保険との保険料負担の間には、大きな格差が存在していると考えられる。
- 国保の保険料負担は重いというが、国保と被用者保険とでは所得形態が異なり、また、所得捕捉率が同等とは言えない中で、同じ土俵で単純比較することは困難であり、1人当たり保険料負担率の平均が高いか低いかを議論することはできない。国保の保険料負担と、健保組合の負担を単純に比較するやり方は誤解を生じさせる。
- 東京などは、保険料負担を増やして、一般会計からの繰入を減らす余地があるのではないか。保険料負担を、被用者保険と単純に比較することも疑問。
- あるべき保険料水準に関する議論については、保険料水準は低い方がいいと思いがちであるなか、公費投入ありきという前提で議論して、果たして適正な水準に決まるのか。あるべき保険料水準を議論することが、今後の国保の在り方を考えていく上で適切な議論なのかどうか疑問。

社会保障審議会医療保険部会での主な意見（平成26年8月8日）【抜粋】

（国保に対する財政支援の拡充） ①

- 国保の財政基盤強化は、最優先の課題。保険料格差の平準化は、適正になされるべきであり、スピード感を持った議論を事務局にお願いしたい。1,700億円の投入は、まだ実施されておらず、早期に確実な実施をお願いしたい。公費財源を予算編成過程で確実に確保してほしい。国保が崩壊すると、地域医療が崩壊する。
- 社会保障と税の一体改革による保険者支援の1,700億円だけでは国保の財政基盤の強化は難しい面があるので、更なる公費投入が不可欠。後期高齢者支援金への全面総報酬割導入により生じる財源を国保の支援に優先的に活用することを含めて、国の責任において財政確保を行うべき。
- 総報酬割によって生じた財源を国保に投入することは、被用者保険が国保の財政基盤強化にかかわる負担を肩代わりすることであり、明確に反対。 ※「5 後期高齢者支援金の全面総報酬割」から引用
- 現在示されている財政上の構造問題の解決に向けた方向性からは、将来にわたり持続可能な制度となるか、確信を持ってない。マクロ的な観点から検証された解決策により、抜本的な国費投入策が講じられないと、責任を持って財政運営を担うとは約束できない。
- 国保の財政上の構造問題の解決策として受け入れることができるかを地方側が判断するのに支障を来すことのないよう、抜本的な財政基盤強化の具体策を、追加国費の規模も含めて一刻も早く提示すべき。この際、地方負担を前提とするのではなく、更なる国費投入により構造問題の解決を図るべき。
- 国保の被保険者の負担が限界に近づいていることを認識し、将来にわたって持続可能な制度を構築するために、追加国費の規模も含めた抜本的な財政基盤強化の具体策を一刻も早く提示すべき。

社会保障審議会医療保険部会での主な意見(平成26年8月8日)【抜粋】

(国保に対する財政支援の拡充) ②

- 今後増嵩する医療費に対して、被保険者に過度な負担を負わせることなく、将来にわたり、国保の持続可能性を担保するための制度的措置を講じるべき。
- 解決策の決定に当たっては、地方と十分に協議し、その意見を反映させるべき。
- 公費投入の方法としては、都道府県の被保険者の所得格差に着目した、より財政調整機能を強化する支援策を要望する。
- 低所得者対策も重要。国民皆保険を維持するためにも、全ての国民が支払えるような環境になる改革をすべき。
- 予期しない給付増や保険料未納等に対して、国保においても、後期高齢者医療制度等にある「財政安定化基金」を設けることで、赤字補填のための繰入を解消していくことが適当。
- 乳幼児医療費助成等の地方単独事業に対して行われている国庫補助の減額措置については、本来国が全国的に行うべき少子化対策等に関する地方の努力に反し、地方のみに責任を負わせるものであるため、廃止すべき。
- 障害のある方に対する医療費助成を都道府県が実施する場合でも、市町村国保への国庫補助が減額されるのは理屈に合わないため、見直すべき。

国保改革の方向性について

- 国民皆保険の重要な基盤の一つである国民健康保険の将来にわたる安定的な制度運営が可能となるよう、以下のような視点に立ち、国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方策や、運営の在り方の見直しについて検討を進めていってはどうか。

国・都道府県・市町村が応分の責任を果たす体制の構築（医療費の支え合いの強化）

- 国… 公費の効果的・効率的な拡充による国保の財政基盤の強化
- 都道府県… 国保の財政運営の責任主体としての位置づけの明確化
- 市町村… 都道府県による財政運営の下、都道府県内の医療費を市町村ごとの医療費水準と所得水準等に応じて支え合う。

都道府県・市町村が連携して果たすべき役割を発揮（保険者機能の強化）

- 都道府県… 国保の財政運営と医療提供体制の双方に責任を果たすことにより、これまで以上に良質な医療が効率的に提供されるよう、地域医療の充実と効率化を医療保険の面からも推進
- 市町村… 被保険者の健康の保持増進のため保健事業を実施し、医療費の適正化を図るとともに、適切な保険料の賦課・徴収への取組、地域包括ケアシステムの構築のための医療介護連携等、地域におけるきめ細かい事業を担う

※国… 都道府県及び市町村の果たすべき役割が一層発揮されるよう、財政支援や技術的助言等を実施

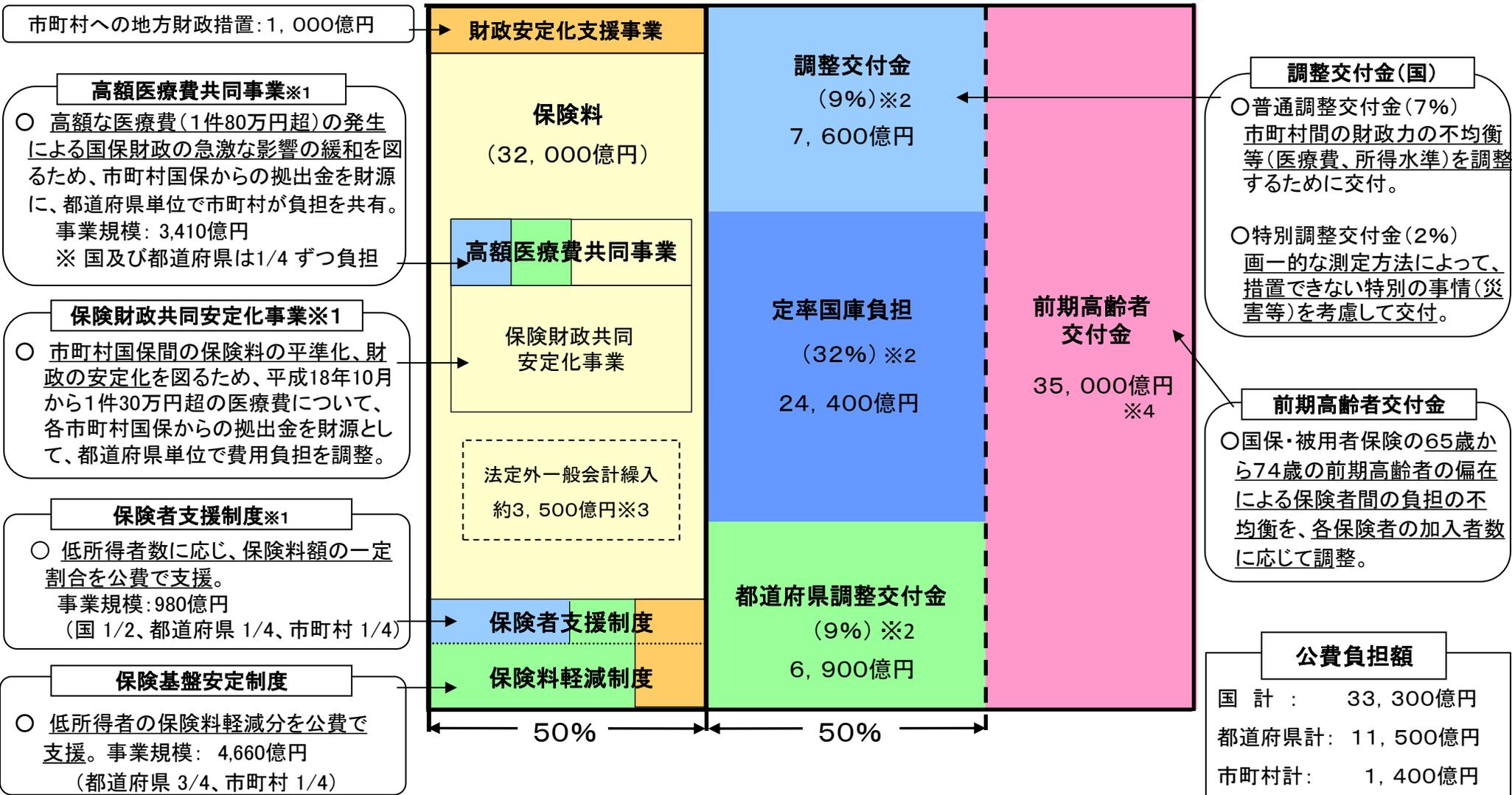
論点①

国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方策

市町村国保財政の現状

医療給付費等総額: 約114,100億円

(平成26年度予算ベース)



※1 平成22年度から平成26年度まで暫定措置。平成27年度以降恒久化。

※2 それぞれ給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある。

※3 平成24年度決算(速報値)における決算補填等の目的の額 ※4 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる。

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成23年度	平成24年度
単年度収入	保 険 料 (税)	30,411	30,634
	国 庫 支 出 金	34,353	32,757
	療養給付費交付金	7,174	7,755
	前期高齢者交付金	29,569	32,189
	都道府県支出金	8,956	10,570
	一般会計繰入金 (法定分)	4,282	4,230
	一般会計繰入金 (法定外)	3,903	3,882
	共同事業交付金	14,767	15,331
	直診勘定繰入金	2	1
	そ の 他	416	414
合 計		133,832	137,762
単年度支出	総 務 費	1,891	1,835
	保 険 給 付 費	90,820	92,149
	後期高齢者支援金	15,915	17,442
	前期高齢者納付金	47	19
	老人保健拠出金	7	3
	介 護 納 付 金	6,887	7,407
	保 健 事 業 費	968	1,018
	共同事業拠出金	14,752	15,317
	直診勘定繰出金	47	46
	そ の 他	1,477	1,954
合 計		132,812	137,188
単年度収支差引額 (経常収支)		1,020	574
国庫支出金精算額		▲534	▲94
精算後単年度収支差引額 (A)		487	480
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		3,509	3,534 億円
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲3,022	▲3,053 億円
前年度繰上充用金 (支出)		1,527	1,190

(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

(注1) 前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金は、当年度概算額と前々年度精算額を加えたもの。

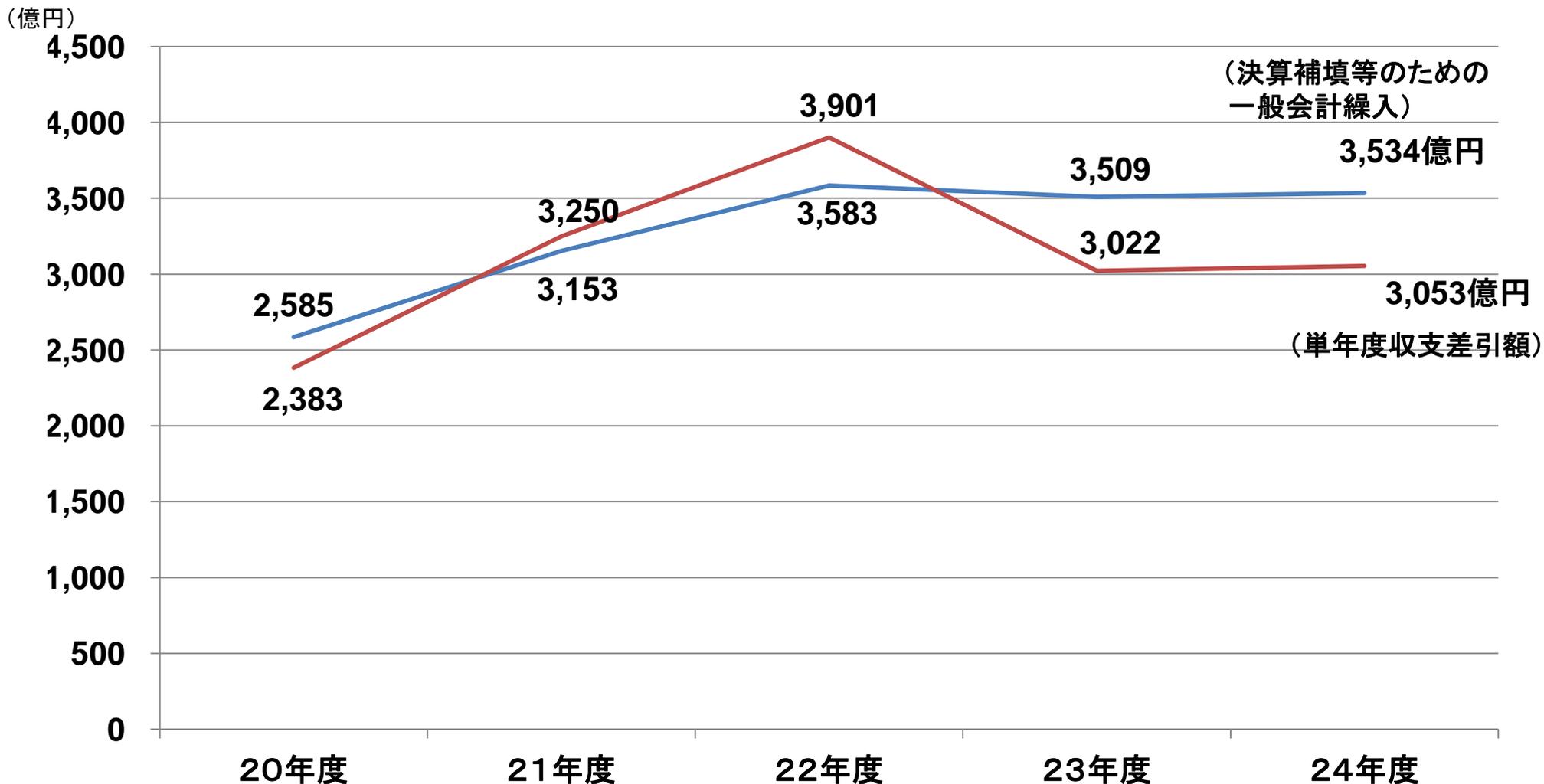
(注2) 「決算補填等のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金 (法定外)」のうち決算補填等を目的とした額。

(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

(注4) 決算補填等のための一般会計繰入金 (B) は、平成21年度から東京都財政調整交付金分を含めた計算となっている。

単年度収支・一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移（市町村国保）

○ 単年度の収支は恒常的に赤字であり、決算補填等のための一般会計繰入も恒常的に生じている。



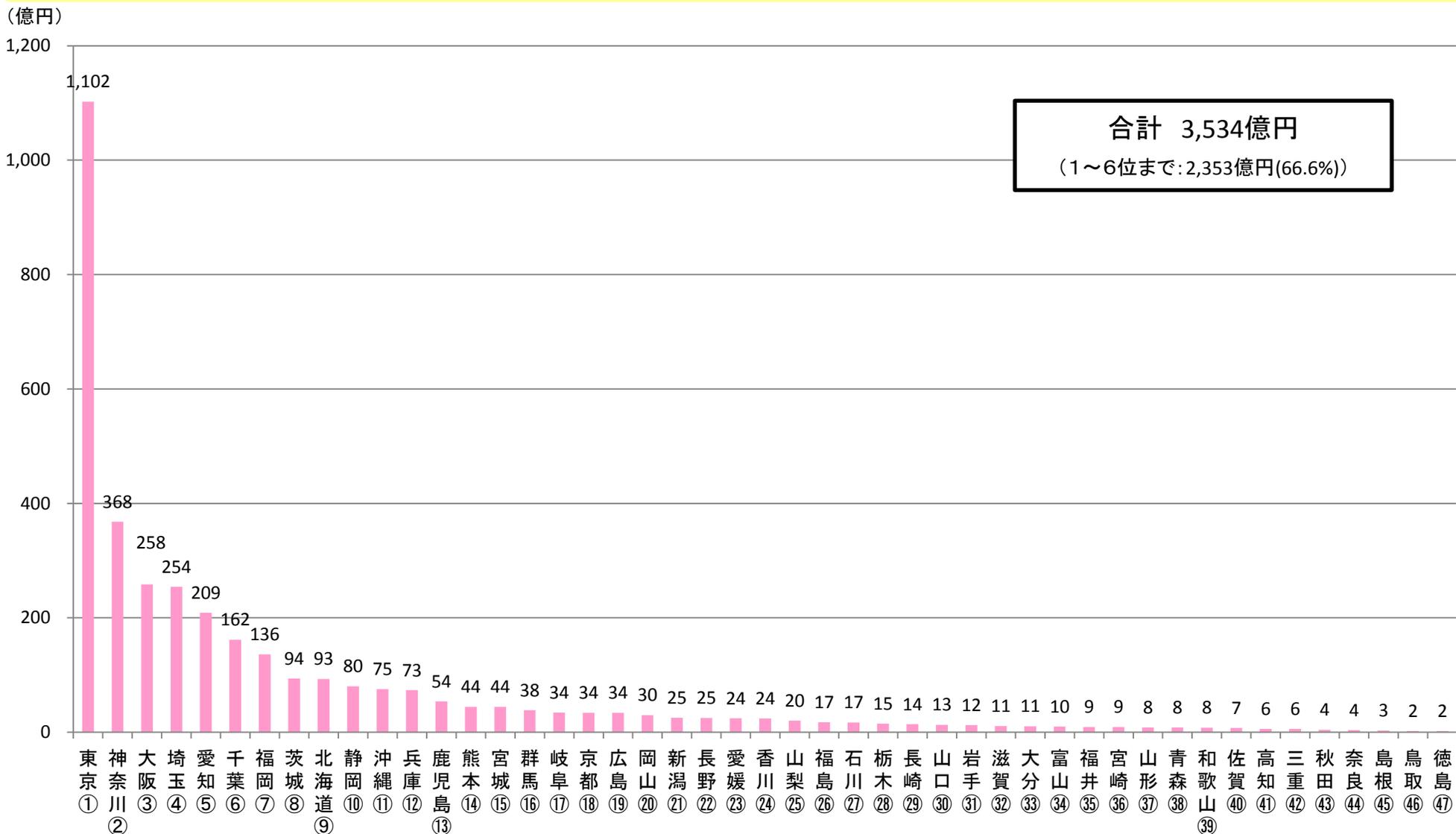
(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

(注1) 「決算補てん等のための一般会計繰入金」とは、「一般会計繰入金(法定外)」のうち決算補てん等を目的とした額。平成21年度から東京都の特別区財政調整交付金のうち決算補てん目的のものを含む。

(注2) 単年度収支差引額は実質的な単年度収支差引額であり各年度いずれも赤字額。

一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況：平成24年度）

- 法定外繰入を都道府県別に見ると、全体(3,534億円)の約3割(1,102億円)を東京都が占めている。
- 繰入金額が多く大都市を抱えている1位～6位までの都府県における繰入金額は約2,400億円であり、全体の約7割を占めている。

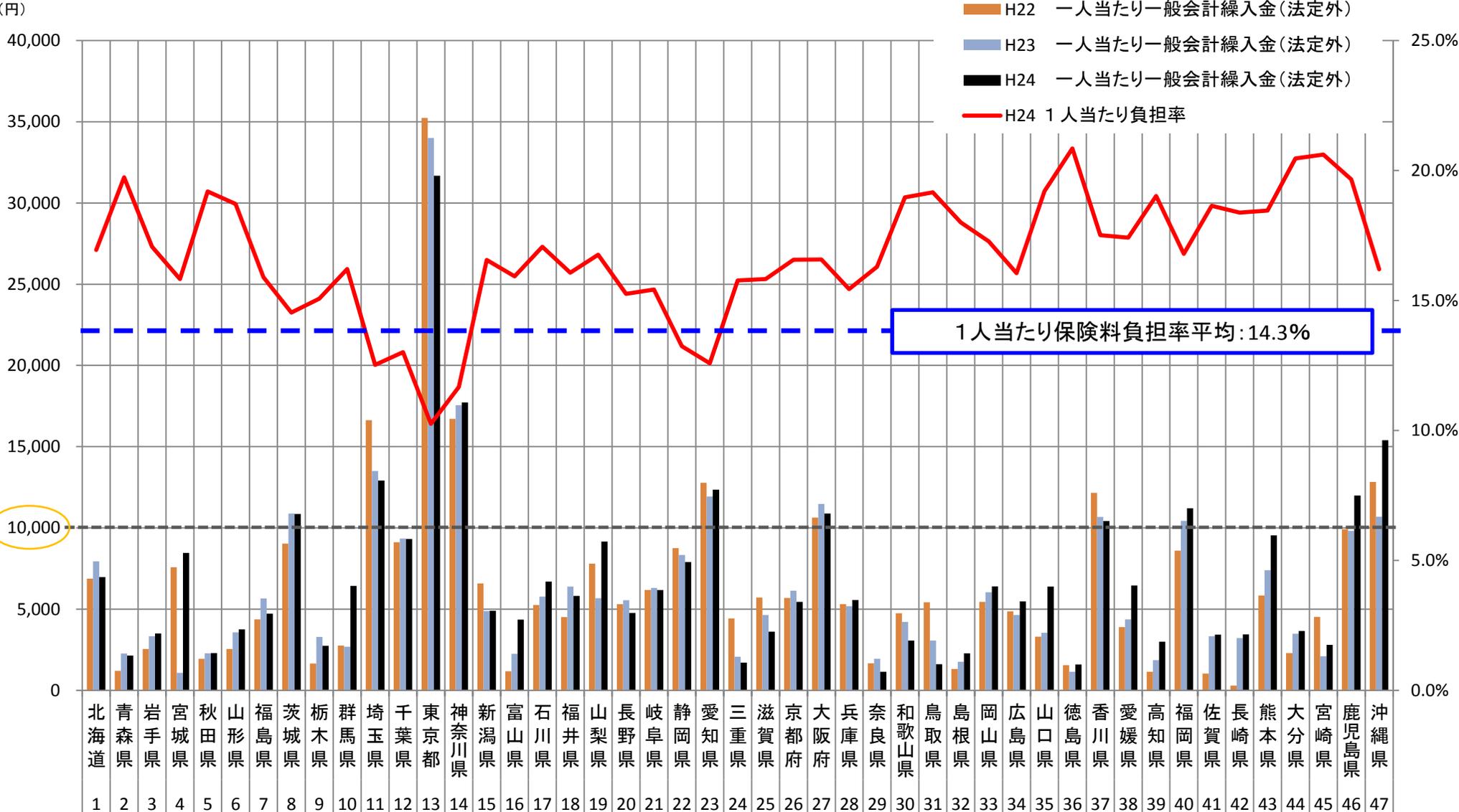


〔出所〕国民健康保険事業の実施状況報告

〔注1〕東京都の決算補填等目的の繰入金のうち約6割(約712億円)が特別区の繰入金である。

1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

○ 平成24年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均(14.3%)よりも低く、茨城、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告、国民健康保険実態調査報告
 (注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。
 (注2) 一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書き所得で除したものである。

法定外一般会計繰入（決算補填目的等）に関する保険者の状況【平成24年度】

○ 国保において、法定外一般会計繰入（決算補填目的等）の有無別に、「保険料負担率」（「加入者一人当たり平均所得」に占める「加入者一人当たり平均保険料」）を機械的に試算すると、以下のとおりとなる。

【参 考】

	国 保		
	全国	繰入あり保険者	繰入なし保険者
保険者数	1,717保険者	1,068保険者	649保険者
①加入者一人当たり平均保険料(※1) <事業主負担込>	8.3万円	8.3万円	8.0万円
②加入者一人当たり平均所得(※2)	83万円	86万円	69万円
保険料負担率 (①/②)	9.9%	9.7%	11.5%

健 保	
協会けんぽ	組合健保
1保険者	1,431保険者
10.5万円 <20.9万円>	10.6万円 <23.4万円>
137万円	200万円
7.6%	5.3%

※1 加入者一人当たり平均保険料は、市町村国保は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額（組合健保は速報値）を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

※2 加入者一人当たり平均所得は、市町村国保については、「総所得金額（収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの）及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したもの。（国民健康保険実態調査の前年所得を使用）

協会けんぽと組合健保については「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

【参考】後期高齢者医療の財政安定化基金

1. 趣旨

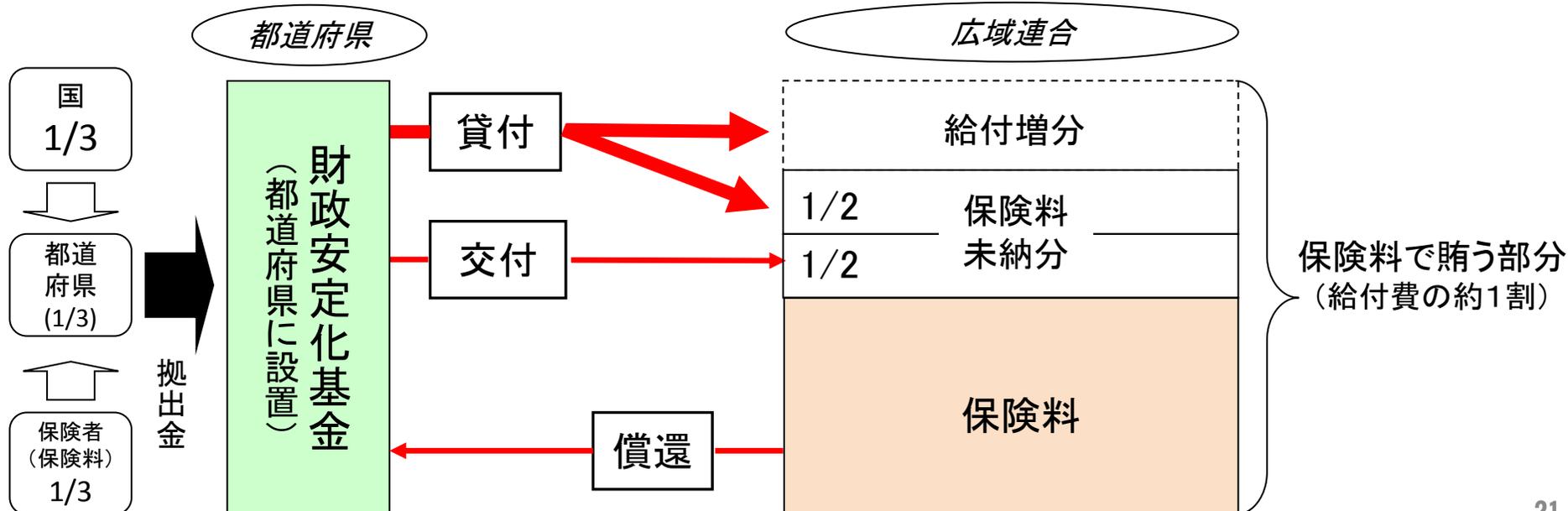
- 財政の安定化のため、保険料で賄う部分（給付費の約1割）について、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定化基金を設置し、広域連合に対し貸付・交付を行うことができる。（介護保険と同様の仕組み）

2. 内容

- 貸付・・・各年度、財源不足額を貸付
原則2年間で償還（最大6年間、無利子）
- 交付・・・財政運営期間（2年間）の最終年度、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2を交付（一定の保険料収納率を下回る部分の対象外）
- 交付（特例）・・・保険料増加抑制のために必要な金額を交付（平成22年度から当分の間）

3. 基金規模

- ・後期高齢者医療：1,100億円（平成24年度末残高）



【論点①】国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方策

- 国民皆保険の重要な基盤の一つである国保は、被用者保険と比べ、年齢構成が高いこと等により医療費水準も高く、低所得者が多いために所得水準が低いなどの構造的な問題を抱えており、こうしたこともあって、毎年度、市町村が決算補填等を目的とする多額の一般会計繰入を行っている。
- 国保が抱える財政上の構造問題の解決を図るためには、各保険者の現在の赤字額に着目するのではなく、個々の保険者の実情をよく勘案して効果的・効率的な公費投入を行う必要があるが、どのような視点に着目して行うことが考えられるか。
- 医療費適正化に向けた取組や収納対策の強化・支援、被保険者資格の適用の適正化など事業運営の改善をどのように図っていくか。

【参考】 国民健康保険の見直しについて（中間整理） 抜粋

※国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方向性 関係

- ① 社会保障・税一体改革において方針の決まっている低所得者対策のうち、未だ実現していない保険者支援制度の拡充(1,700億円)について、確実かつ早期の実施に努めること
- ② 上記に加え、国民健康保険の見直し時期までに、更なる追加公費の投入を実現すること。また、実際に追加公費を投入するに当たっては、
 - ・ 財政上の構造問題を抱える保険者にあっては、現に法定外繰入を実施しているか否かにかかわらず、被用者保険と比べ、年齢構成が高い等の保険者の責によらない要因により医療費水準が高いという課題や、低所得者が多いために所得水準が低く、低中所得層の保険料負担が重いという課題を抱えているという認識の下、
 - ・ 国民皆保険の基礎としての役割を果たしている国民健康保険が、その責によらない要因により医療給付費が高くなっていることや所得水準が低く低中所得層の保険料の負担水準が重くなっていること等への財政支援の強化を図り、国民健康保険が抱える財政上の構造問題を解決するための効果的・効率的な投入方法を検討し、実施すること
- ③ 更に、予期しない給付増や保険料収納不足といった財政リスクを分散・軽減するための制度的対応として、例えば、財政安定化基金の創設や、2年を一期とした財政運営を導入することなどが考えられる。財政安定化基金を創設する場合の、財政安定化基金の規模、具体的な活用方法等については、引き続き検討する。
- ④ このように、財政上の構造問題を抱える保険者に対して追加公費を重点的に投入すること等により、市町村間の所得水準の格差是正や、国民の保険料負担の平準化に向けた取組を推進すること
- ⑤ あわせて、医療費の適正化に向けた取組や保険料の収納対策の強化・支援、被保険者資格の適用の適正化を更に進めるなど、事業運営の改善を一層推進することや、負担能力に応じた負担とする観点からの保険料の賦課限度額の在り方の見直しを進めることにより、保険料の適正化に向けた取組等を進めること

論点②

国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方

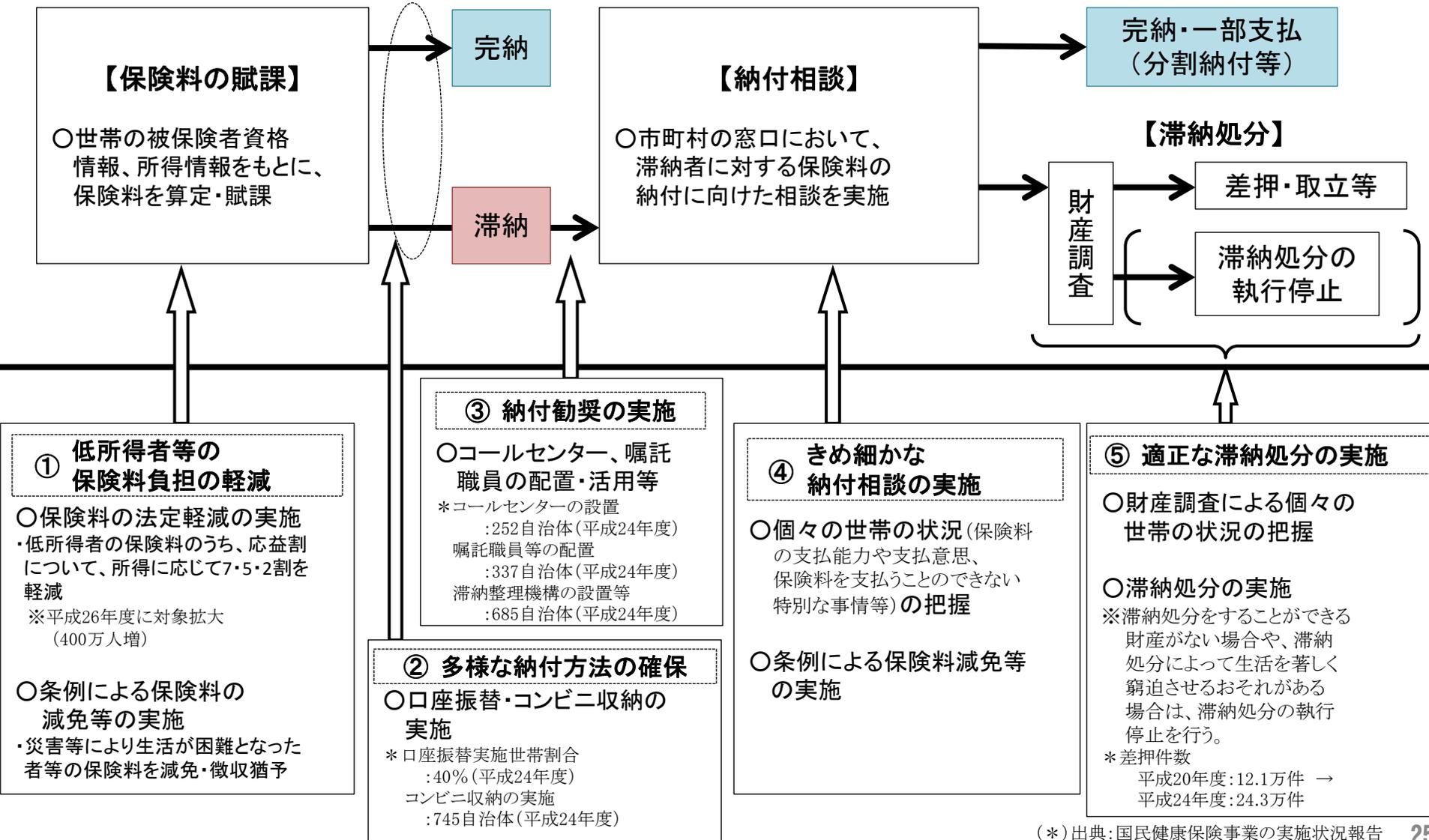
論点②－1 財政運営、保険料の賦課・徴収の仕組み

【現行】市町村における国保保険料の収納率向上に向けた取組みについて

○市町村においては、国民健康保険料の収納率の向上を図るため、徴収事務の各段階で、口座振替等の多様な保険料の納付方法の採用、保険料の納付相談の実施等の収納対策を行っている。

徴収事務の流れ
保険料の

保険料の収納に向けた主な取組



① 低所得者等の保険料負担の軽減

- 保険料の法定軽減の実施
 - ・低所得者の保険料のうち、応益割について、所得に応じて7・5・2割を軽減
 - ※平成26年度に対象拡大(400万人増)
- 条例による保険料の減免等の実施
 - ・災害等により生活が困難となった者等の保険料を減免・徴収猶予

② 多様な納付方法の確保

- 口座振替・コンビニ収納の実施
 - ※口座振替実施世帯割合: 40% (平成24年度)
 - コンビニ収納の実施: 745自治体 (平成24年度)

③ 納付勧奨の実施

- コールセンター、嘱託職員の配置・活用等
 - ※コールセンターの設置: 252自治体 (平成24年度)
 - 嘱託職員等の配置: 337自治体 (平成24年度)
 - 滞納整理機構の設置等: 685自治体 (平成24年度)

④ きめ細かな納付相談の実施

- 個々の世帯の状況(保険料の支払能力や支払意思、保険料を支払うことのできない特別な事情等)の把握
- 条例による保険料減免等の実施

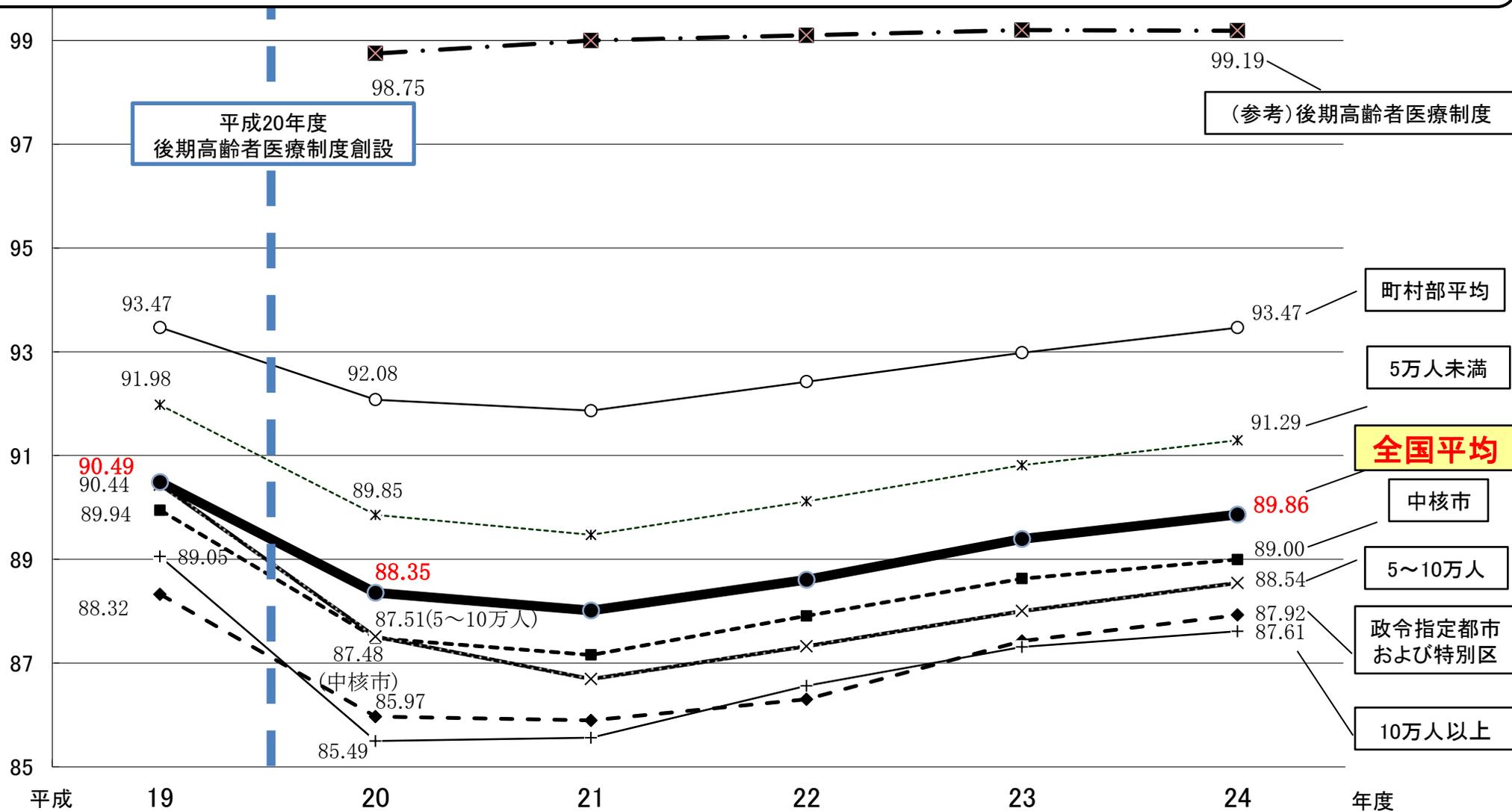
⑤ 適正な滞納処分の実施

- 財産調査による個々の世帯の状況の把握
- 滞納処分の実施
 - ※滞納処分をすることができる財産がない場合や、滞納処分によって生活を著しく窮迫させるおそれがある場合は、滞納処分の執行停止を行う。
 - ※差押件数: 平成20年度: 12.1万件 → 平成24年度: 24.3万件

(*) 出典: 国民健康保険事業の実施状況報告 25

保険者規模別 国保保険料の収納率の推移について

- 市町村国保の収納率は全体的に悪化傾向であったが、近年緩やかに上昇。
- 町村部の収納率は比較的高い傾向にある。



【出典】平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況、平成24年度後期高齢者医療事業年報

(注1) 市部内訳における保険者規模は、年度平均の被保険者数による。

(注2) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

【現行】広域化等支援方針について

○ 都道府県は、国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を推進するため、市町村の意見を聴いた上で、地域の実情に応じて「広域化等支援方針」を定めることができる。

■ 主な記載事項

(1) 運営の広域化又は財政の安定化の推進に関する基本的な事項

・策定の目的、期間等、広域化等支援方針に位置づけに関する基本的な事項

(2) 現況及び将来の見通し

・都道府県内の被保険者の年齢構成、所得分布、医療費の動向、保険料の格差、財政状況や収納率に関する現況や将来の見通し

(3) 運営の広域化又は財政の安定化の推進において都道府県が果たすべき役割

・市町村国保における事業運営の広域化の調整、財政運営の広域化の企画立案、当該都道府県の標準設定など、都道府県として果たすべき役割

(4) 運営の広域化又は財政の安定化を図るための具体的な施策

【事業運営の広域化等】

- 医療費適正化策の共同実施
 - 収納対策の共同実施
 - 事務の共通化
- 等

【財政運営の広域化等】

- 保険財政共同安定化事業の円滑な実施、拠出方法の見直し
 - 都道府県調整交付金の活用
 - 広域化等支援基金の活用
- 等

【都道府県内の標準設定】

- 保険者規模別の収納率目標
 - 赤字解消の目標年次
 - 標準的な保険料算定方式
 - 標準的な応益割合
- 等

(5) 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整

・連携会議の開催、収納対策や保健事業に関する研修会の実施等

【参考】広域化等支援方針における策定例（現行）

- 「収納率目標」については、ほぼ全ての都道府県において設定されている。
- 「標準的な保険料算定方式」は3都道府県、「標準的な応益割合」は5都道府県において設定されている。

	策定要領(国)	策定状況	策定内容	策定にあたっての考え方	策定内容実現のための具体的取組例																						
収納率目標	<p>収納目標については、各市町村の収納率の実態を踏まえつつ、しかし、低い収納率に合わせることなく、保険者規模別に適切な目標値を定めること。その際、広域化等支援方針の期間内で年次ごとに目標値を設定することも考えられる。</p>	46/47	<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険者規模別の目標収納率を設定(46都道府県中45都道府県) ○ 各市町村の23年度実績収納率からそれぞれ+0.5ポイント以上となるよう目標収納率を設定(京都府) 	<p>(山梨県の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被保険者数</th> <th>目標収納率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5千人未満</td> <td>93.5%</td> </tr> <tr> <td>1万人未満</td> <td>93.25%</td> </tr> <tr> <td>3万人未満</td> <td>93%</td> </tr> <tr> <td>5万人未満</td> <td>92.75%</td> </tr> <tr> <td>5万人以上</td> <td>92.5%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(大阪府の例)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被保険者数</th> <th>目標収納率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>町村</td> <td>93.8%</td> </tr> <tr> <td>5万人未満</td> <td>89.4%</td> </tr> <tr> <td>5万人以上</td> <td>86.9%</td> </tr> <tr> <td>政令市</td> <td>87.6%</td> </tr> </tbody> </table>	被保険者数	目標収納率	5千人未満	93.5%	1万人未満	93.25%	3万人未満	93%	5万人未満	92.75%	5万人以上	92.5%	被保険者数	目標収納率	町村	93.8%	5万人未満	89.4%	5万人以上	86.9%	政令市	87.6%	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一定以上の収納率目標を達成したところに都道府県調整交付金で支援を行う ○ 収納率向上のため、全市町村において口座振替を実施するよう努める ○ 一定以上の収納率目標を達成できなかったところに、研修の実施等を行う
			被保険者数		目標収納率																						
5千人未満	93.5%																										
1万人未満	93.25%																										
3万人未満	93%																										
5万人未満	92.75%																										
5万人以上	92.5%																										
被保険者数	目標収納率																										
町村	93.8%																										
5万人未満	89.4%																										
5万人以上	86.9%																										
政令市	87.6%																										
保険料算定方式	<p>標準的な保険料算定方式及び応益割合については、国保法施行令第29条の7で定める標準を参考としつつ、各市町村の実態を踏まえ、できる限り目標年次と合わせて設定すること。</p>	3/47	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2方式 [所得割・均等割] (埼玉県) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 埼玉県が設置した研究会(※)からの報告結果を踏まえたもの (※) 県、市町村、国保連等関係者が県単位の国保再編を視野に入れた協議を行うために設置した研究会(平成18年～) 	(特になし)																						
			<ul style="list-style-type: none"> ○ 3方式 [所得割・均等割・平等割] (山梨県、佐賀県) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4方式は、資産価値の高い都市部で資産割が高くなり不公平感が強い(山梨県) ○ 平等割は全市町村で採用しており、3方式を4方式に戻すのは困難であるため、当面3方式で統一することが被保険者への影響や事務処理等でも混乱が少ない(山梨県) 	(特になし)																						
応益割合		5/47	<ul style="list-style-type: none"> ○ 50% (秋田県、山梨県、京都府、香川県) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 県内市町村の現状もほぼ50%に近いことから標準割合の50:50を目指す 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 応益割を高めたところに県調整交付金で支援を行う 																						
			<ul style="list-style-type: none"> ○ 45～55% (青森県) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 標準割合の50:50を目指す、県内市町村の実状を尊重して、一定の幅を持たせる 	(特になし)																						

注) 各都道府県が策定した広域化等支援方針(平成25年7月末現在時点のもの)を基に作成

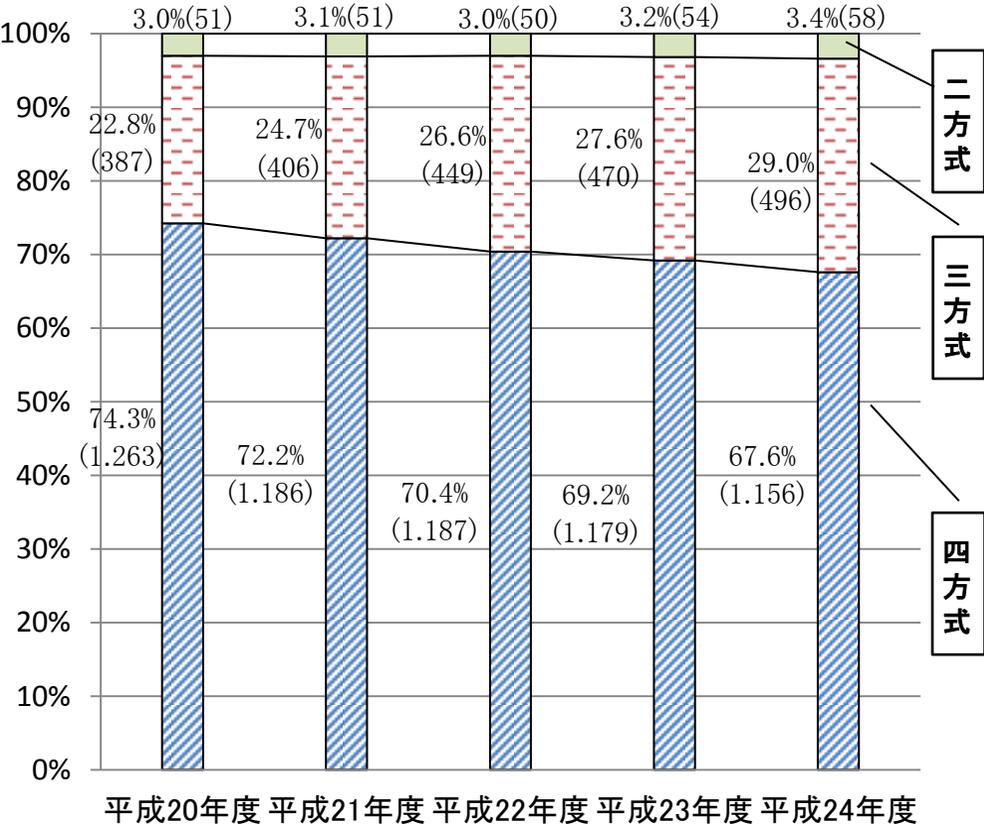
【参考】国保険料 算定方式別 保険者数・被保険者数 (平成24年度) ※基礎賦課分

- 保険者数では、
四方式が最も多く、全体の67.6%
- 被保険者数では、
三方式が最も多く、全体の49.4%

	保険者数	被保険者数
四方式	67.6% (平成20年度は74.3%)	33.7% (平成20年度は38.4%)
三方式	29.0% (平成20年度は22.8%)	49.4% (平成20年度は44.3%)
二方式	3.4% (平成20年度は3.0%)	16.9% (平成20年度は17.3%)

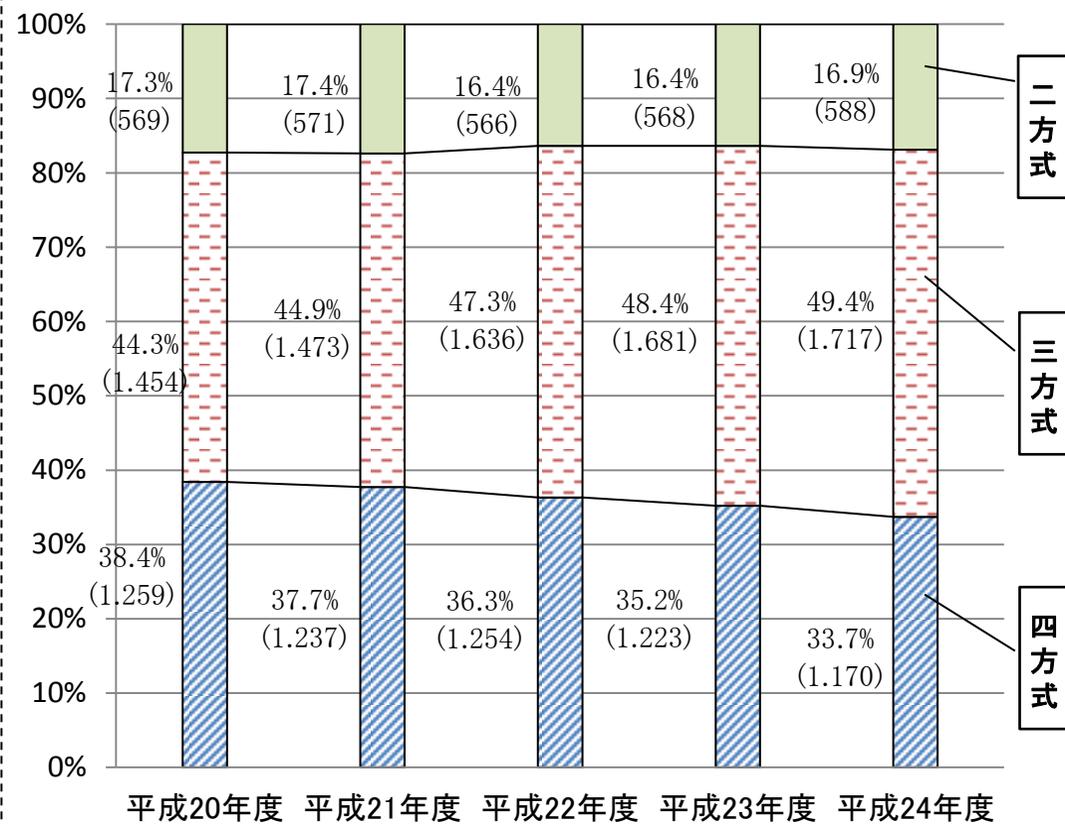
保険者数

()内は保険者数



被保険者数

()内は被保険者数(万人)



平成20年度 平成21年度 平成22年度 平成23年度 平成24年度

平成20年度 平成21年度 平成22年度 平成23年度 平成24年度

(出典) 「国民健康保険事業年報」

※1 各年度の年度末現在の保険者数。

※2 不均一課税の保険者を除く。(平成20年度87保険者、平成21年度80保険者、平成22年度37保険者、平成23年度14保険者、平成24年度7保険者)

※3 「基礎賦課分」とは医療給付費等に係るもの。この他、後期高齢者支援金等、介護納付金に係るものがある。

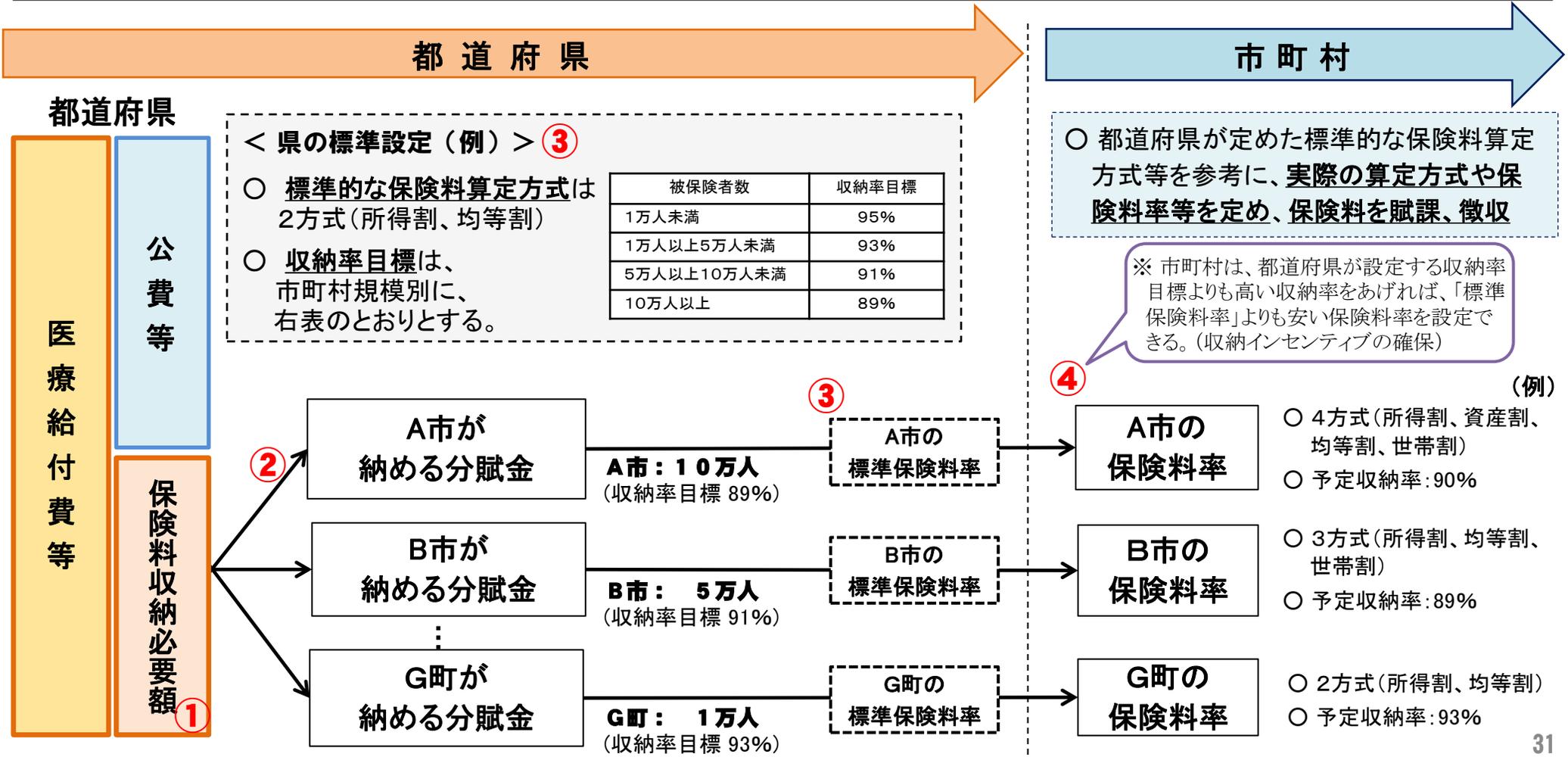
【論点②-1】国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担 (財政運営、保険料の賦課・徴収の仕組み)

- 国保の財政運営を都道府県が担うこととした場合、保険料の賦課・徴収の具体的な仕組みについては、市町村における保険料収納へのインセンティブを確保するため、以下のような仕組みが考えられるのではないかと。
 - ・ 都道府県が、都道府県内の国保の医療給付費等の見込みを立て、それに見合う「保険料収納必要額」を算出する
 - ・ 都道府県が、都道府県内の各市町村が都道府県に納める額(「分賦金」の額)を決定する
 - ・ 市町村は、分賦金を賄うために必要となる保険料を被保険者に賦課し、徴収した上で、都道府県に納める

- また、都道府県内の保険料負担の平準化を更に進めるため、以下のような仕組みが考えられるのではないかと。
 - ・ 都道府県が、都道府県内統一の標準的な保険料算定方式や、市町村規模別の収納目標率といった市町村が保険料率を定める際に必要となる事項の標準設定を示す
 - ・ 都道府県が設定する標準に基づき、都道府県が、各市町村がそれぞれの分賦金を賄うために必要な保険料率(標準保険料率)を市町村ごとに示す(標準的な住民負担の見える化)

【見直し案】 国保の財政運営、保険料の賦課・徴収の仕組み (イメージ)

- 都道府県は、
 - ① 医療給付費等の見込みに見合う「保険料収納必要額」を算出
 - ② 各市町村が都道府県に納める額 (分賦金※) を市町村ごとに決定 ※ 市町村ごとの医療費水準等を考慮し決定
 - ③ 市町村ごとの保険料率の算出方法 (市町村規模別の収納率目標等)、市町村ごとの標準保険料率を示す
- 市町村は、都道府県が示した標準保険料率等を参考に、実際の保険料算定方式や保険料率等を定め、**保険料を賦課・徴収し**、分賦金を納める。(④)



論点②

国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方

論点②-2 分賦金の勘案要素

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況（平成24年度）

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別 1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	順位			
北海道	初山別村	543,834	別海町	228,478	2.4倍	353,697	13
青森県	佐井村	351,020	大間町	232,841	1.5倍	295,626	39
岩手県	釜石市	391,697	野田村	265,072	1.5倍	323,487	27
宮城県	山元町	370,305	大衡村	268,509	1.3倍	326,119	24
秋田県	上小阿仁村	408,748	大湯村	227,029	1.8倍	340,297	18
山形県	山辺町	384,824	最上町	268,538	1.4倍	322,989	28
福島県	楢葉町	415,195	西郷村	264,223	1.6倍	319,157	31
茨城県	北茨城市	331,791	鉾田市	238,466	1.4倍	273,408	46
栃木県	日光市	308,885	益子町	252,141	1.2倍	284,464	44
群馬県	南牧村	518,634	昭和村	231,183	2.2倍	291,317	41
埼玉県	東秩父村	324,925	戸田市	260,716	1.2倍	287,665	42
千葉県	長南町	363,509	旭市	239,237	1.5倍	283,246	45
東京都	利島村	495,266	小笠原村	160,469	3.1倍	285,233	43
神奈川県	山北町	348,551	大井町	271,417	1.3倍	297,302	38
新潟県	阿賀町	409,241	湯沢町	254,130	1.6倍	323,939	26
富山県	朝日町	382,183	高岡市	330,010	1.2倍	341,784	17
石川県	宝達志水町	419,263	野々市市	328,098	1.3倍	360,345	12
福井県	美浜町	403,483	おおい町	275,538	1.5倍	338,029	20
山梨県	早川町	447,897	西桂町	243,983	1.8倍	298,777	37
長野県	天龍村	408,869	平谷村	163,345	2.5倍	303,819	35
岐阜県	七宗町	373,560	輪之内町	261,037	1.4倍	313,620	33
静岡県	河津町	343,384	清水町	269,031	1.3倍	298,818	36
愛知県	豊根村	414,535	田原市	234,477	1.8倍	292,079	40
三重県	紀北町	396,653	度会町	273,513	1.5倍	320,469	30

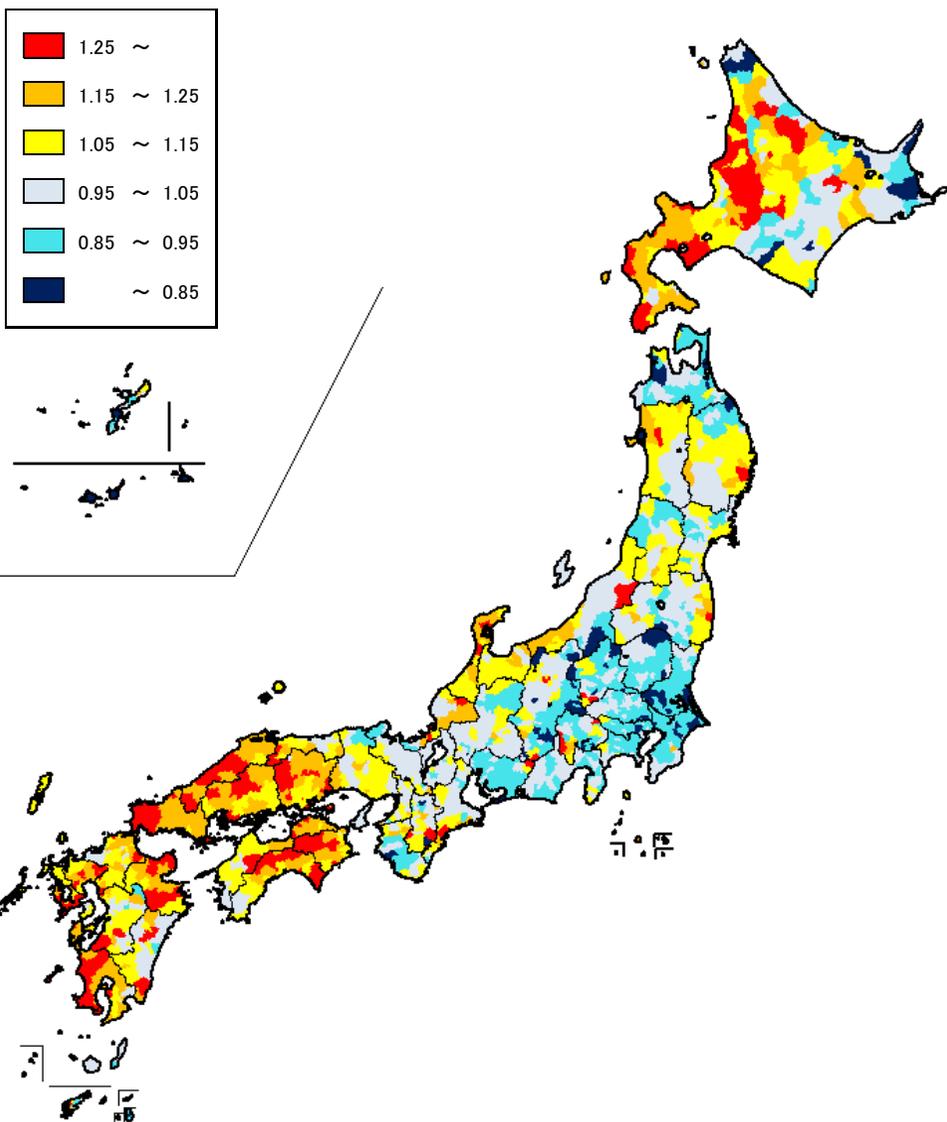
	保険者別1人当たり医療費			都道府県別 1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	順位			
滋賀県	野洲市	338,064	甲良町	284,125	1.2倍	312,211	34
京都府	笠置町	389,910	京丹後市	297,787	1.3倍	325,233	25
大阪府	岬町	400,478	泉南市	276,134	1.5倍	329,224	22
兵庫県	相生市	391,432	豊岡市	292,729	1.3倍	332,525	21
奈良県	上北山村	506,833	下北山村	262,432	1.9倍	316,103	32
和歌山県	北山村	411,148	みなべ町	233,404	1.8倍	321,692	29
鳥取県	境港市	417,904	北栄町	308,933	1.4倍	338,265	19
島根県	川本町	526,676	隠岐の島町	334,513	1.6倍	383,023	2
岡山県	高梁市	416,813	新庄村	301,658	1.4倍	364,296	10
広島県	大崎上島町	460,744	福山市	335,626	1.4倍	373,288	6
山口県	上関町	473,445	下松市	351,506	1.3倍	387,180	1
徳島県	上勝町	462,579	藍住町	314,248	1.5倍	367,196	9
香川県	直島町	423,626	宇多津町	323,419	1.3倍	381,664	3
愛媛県	久万高原町	432,920	宇和島市	304,112	1.4倍	342,563	16
高知県	大豊町	465,450	四万十市	305,177	1.5倍	363,076	11
福岡県	豊前市	446,169	新宮町	296,336	1.5倍	343,734	15
佐賀県	江北町	435,359	玄海町	302,853	1.4倍	372,102	7
長崎県	長崎市	424,395	小値賀町	288,883	1.5倍	374,159	5
熊本県	水俣市	481,638	小国町	277,154	1.7倍	344,013	14
大分県	津久見市	438,092	姫島村	312,123	1.4倍	376,407	4
宮崎県	美郷町	408,583	都農町	275,221	1.5倍	328,134	23
鹿児島県	いちき串木野市	455,675	与論町	231,605	2.0倍	369,295	8
沖縄県	渡名喜村	395,398	座間味村	162,343	2.4倍	268,473	47

(※) 3～2月診療ベースである。
(出所)国民健康保険事業年報

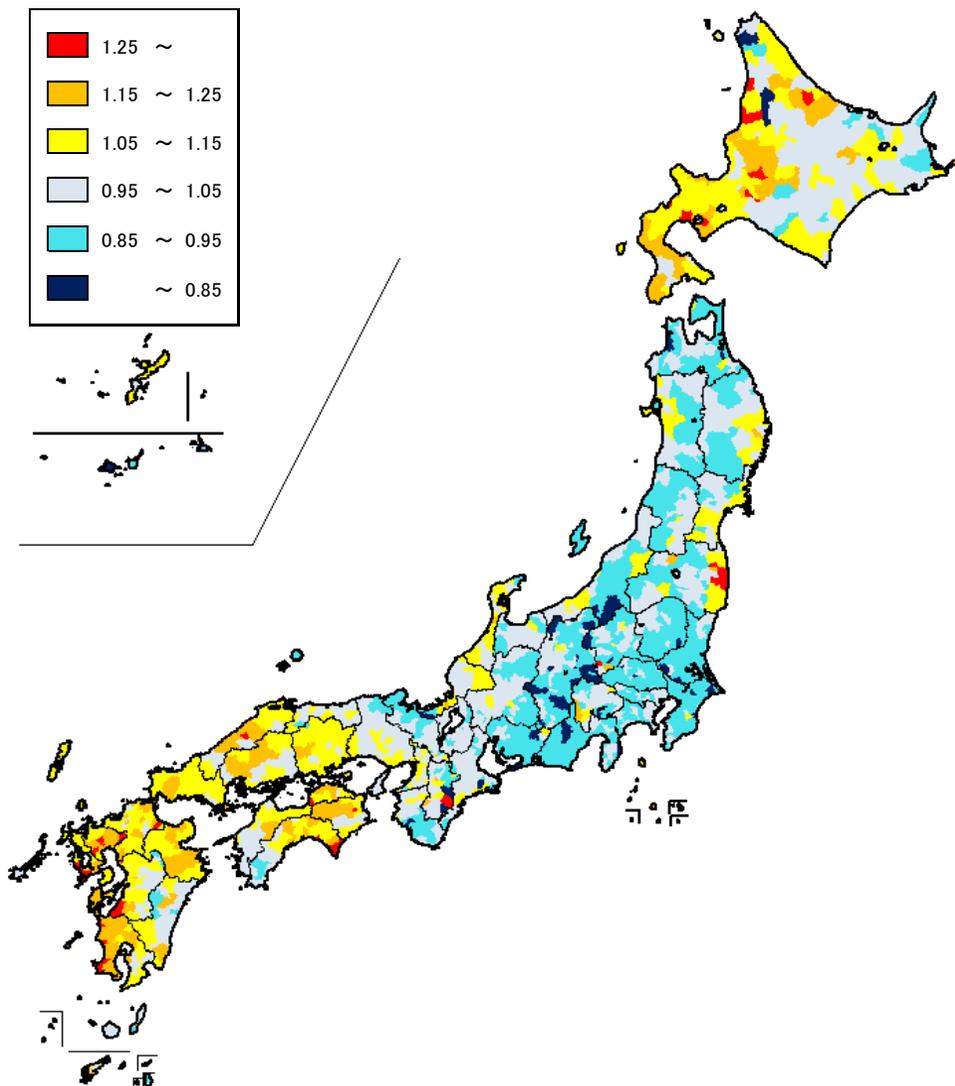
1人当たり医療費 全国平均：315,856円

【参考】1人当たり医療費の地域差（実績医療費と、年齢補正後の医療費）

1人当たり実績医療費の対全国比(全国=1)



地域差指数(年齢補正後)



(出所)
「平成24年度医療費の地域差分析」
(厚生労働省保険局調査課)

都道府県内における1人当たり所得の格差（平成23年度）

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
北海道	54.6	猿払村	252.6	赤平市	31.4	8.0
青森	44.1	六ヶ所村	69.1	今別町	31.5	2.2
岩手	45.5	普代村	59.4	大槌町	30.9	1.9
宮城	51.0	色麻町	60.9	女川町	35.3	1.7
秋田	44.0	大潟村	202.2	五城目町	34.6	5.8
山形	51.5	三川町	59.5	小国町	37.0	1.6
福島	47.3	飯舘村	81.9	浪江町	27.3	3.0
茨城	62.0	美浦村	81.1	北茨城市	43.0	1.9
栃木	65.3	宇都宮市	79.9	茂木町	45.1	1.8
群馬	58.2	嬬恋村	104.3	上野村	38.0	2.7
埼玉	72.3	和光市	91.9	神川町	48.0	1.9
千葉	72.1	浦安市	107.2	九十九里町	51.3	2.1
東京	91.4	千代田区	192.0	奥多摩町	57.5	3.3
神奈川	85.6	葉山町	114.0	真鶴町	66.4	1.7
新潟	53.3	津南町	62.4	阿賀町	38.3	1.6
富山	59.3	黒部市	65.5	氷見市	51.2	1.3
石川	58.1	野々市市	70.0	穴水町	43.3	1.6
福井	59.0	敦賀市	63.9	おおい町	49.9	1.3
山梨	57.9	山中湖村	82.1	丹波山村	40.8	2.0
長野	55.1	軽井沢町	134.9	売木村	29.1	4.6
岐阜	64.4	白川村	97.8	飛騨市	54.6	1.8
静岡	77.0	浜松市	106.4	南伊豆町	46.6	2.3
愛知	76.9	飛島村	115.4	東栄町	52.8	2.2
三重	60.9	木曾岬町	83.4	紀宝町	42.3	2.0

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
滋賀	60.7	栗東市	85.8	豊郷町	42.6	2.0
京都	53.5	長岡京市	70.3	井手町	41.5	1.7
大阪	53.3	箕面市	75.8	泉南市	37.7	2.0
兵庫	57.6	芦屋市	107.1	新温泉町	42.5	2.5
奈良	55.3	生駒市	75.3	野迫川村	33.5	2.2
和歌山	45.7	みなべ町	63.7	湯浅町	36.5	1.7
鳥取	45.4	北栄町	59.0	江府町	34.9	1.7
島根	50.9	海士町	62.5	津和野町	39.6	1.6
岡山	51.5	真庭市	63.2	美咲町	35.2	1.8
広島	59.3	海田町	69.7	安芸太田町	44.1	1.6
山口	51.2	光市	60.2	上関町	42.1	1.4
徳島	42.2	松茂町	58.6	つるぎ町	24.8	2.4
香川	52.4	直島町	71.8	小豆島町	40.6	1.8
愛媛	47.2	松山市	57.0	松野町	25.4	2.2
高知	43.5	馬路村	61.1	大豊町	24.5	2.5
福岡	49.2	新宮町	73.0	川崎町	21.6	3.4
佐賀	50.0	佐賀市	57.4	大町町	35.7	1.6
長崎	43.4	長与町	56.2	五島市	34.3	1.6
熊本	47.3	嘉島町	58.6	津奈木町	24.3	2.4
大分	42.6	竹田市	48.0	姫島村	24.3	2.0
宮崎	41.8	新富町	49.3	日之影町	31.3	1.6
鹿児島	39.1	南九州市	50.2	伊仙町	15.3	3.3
沖縄	36.5	北大東村	62.8	多良間村	14.1	4.5

1人当たり所得 全国平均：63.3万円

(注1)厚生労働省保険局「平成24年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成23年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額)である。

国保保険料の都道府県内格差（平成24年度）

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額			
	最大	最小	格差	調定額	順位		
北海道	猿払村	148,439	三笠市	58,322	2.5倍	83,945	20
青森県	平内町	95,531	深浦町	54,968	1.7倍	78,373	35
岩手県	矢巾町	84,347	陸前高田市	37,400	2.3倍	70,188	44
宮城県	栗原市	92,353	女川町	36,685	2.5倍	73,287	42
秋田県	大潟村	138,740	小坂町	53,421	2.6倍	75,867	38
山形県	山形市	100,071	西川町	61,466	1.6倍	86,578	13
福島県	玉川村	84,788	葛尾村・川内村	0	-	67,488	46
茨城県	境町	103,245	常陸大宮市	61,388	1.7倍	82,093	24
栃木県	上三川町	124,878	那珂川町	72,726	1.7倍	89,203	6
群馬県	榛東村	109,324	上野村	56,626	1.9倍	86,065	15
埼玉県	川島町	97,359	小鹿野町	54,838	1.8倍	83,835	21
千葉県	富津市	101,827	成田市	65,016	1.6倍	86,004	16
東京都	千代田区	120,724	三宅村	40,953	2.9倍	84,866	17
神奈川県	南足柄市	110,942	座間市	71,519	1.6倍	90,424	4
新潟県	粟島浦村	89,101	糸魚川市	57,329	1.6倍	79,704	31
富山県	南砺市	94,640	氷見市	73,706	1.3倍	86,808	12
石川県	加賀市	103,492	珠洲市	74,085	1.4倍	90,487	3
福井県	美浜町	95,804	池田町	55,931	1.7倍	86,386	14
山梨県	富士河口湖町	108,757	丹波山村	58,101	1.9倍	88,041	9
長野県	山形村	99,396	大鹿村	34,690	2.9倍	75,893	37
岐阜県	美濃市	105,184	飛騨市	68,128	1.5倍	90,698	2
静岡県	御前崎市	102,386	川根本町	60,763	1.7倍	92,340	1
愛知県	南知多町	100,050	東栄町	49,728	2.0倍	88,440	7
三重県	朝日町	113,768	大紀町	55,722	2.0倍	87,701	10

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額			
	最大	最小	格差	調定額	順位		
滋賀県	栗東市	107,064	甲良町	63,994	1.7倍	88,104	8
京都府	長岡京市	91,250	伊根町	51,960	1.8倍	80,770	27
大阪府	岬町	96,365	田尻町	70,024	1.4倍	80,554	29
兵庫県	猪名川町	95,951	養父市	59,858	1.6倍	81,027	26
奈良県	生駒市	102,797	下北山村	45,273	2.3倍	82,744	23
和歌山県	上富田町	98,033	古座川町	43,143	2.3倍	78,786	34
鳥取県	鳥取市	84,804	智頭町	43,400	2.0倍	78,838	33
島根県	松江市	90,638	津和野町	63,031	1.4倍	82,791	22
岡山県	瀬戸内市	89,362	鏡野町	57,386	1.6倍	81,916	25
広島県	安芸高田市	93,338	神石高原町	57,062	1.6倍	87,159	11
山口県	萩市	101,987	上関町	61,898	1.6倍	90,359	5
徳島県	鳴門市	90,392	つるぎ町	57,603	1.6倍	80,743	28
香川県	多度津町	95,368	小豆島町	66,474	1.4倍	84,513	19
愛媛県	四国中央市	86,641	愛南町	54,226	1.6倍	75,586	39
高知県	馬路村	91,740	仁淀川町	45,261	2.0倍	74,956	41
福岡県	広川町	88,471	添田町	50,727	1.7倍	75,106	40
佐賀県	神埼市	97,610	玄海町	67,080	1.5倍	84,656	18
長崎県	雲仙市	82,621	五島市	54,481	1.5倍	71,869	43
熊本県	あさぎり町	97,622	津奈木町	55,218	1.8倍	79,194	32
大分県	竹田市	94,668	姫島村	46,413	2.0倍	79,888	30
宮崎県	新富町	90,285	椎葉村	56,983	1.6倍	77,492	36
鹿児島県	中種子町	81,901	伊仙町	35,264	2.3倍	69,753	45
沖縄県	北谷町	69,203	伊平屋村	28,591	2.4倍	53,974	47

(注1) 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。

(注2) 被保険者数は3~2月の年度平均を用いて計算している。

(注3) 東日本大震災により保険料(税)が減免されたため、1人当たり保険料調定額が小さくなっている保険者がある
福島県を除くと東京都の格差が最大となる。

(※) 平成24年度 国民健康保険事業年報を基に作成

1人当たり保険料(税)全国平均：82,744円

【論点②-2】国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担 (分賦金の勘案要素)

○ 都道府県が市町村ごとの分賦金を定めるに当たり、以下の要素を勘案することとしてはどうか。

〔① 市町村ごとの医療費水準〕

- 地域における保健事業や医療介護の一体的提供を担う市町村の医療費適正化機能が積極的に発揮されるよう、都道府県が定める分賦金については、市町村ごとの医療費水準を勘案することとし、市町村における医療費適正化の効果が当該市町村の分賦金の水準に反映される仕組みとしてはどうか。
- 毎年の医療費の変動による財政への影響の緩和を図るため、「医療費水準」については、現行の保険財政共同安定化事業等と同様、複数年(例えば3年)の平均値を用いることとしてはどうか。
- 一般に年齢構成が高いほど医療費水準が高くなることを踏まえれば、「医療費水準」については、年齢構成の差異による医療費水準の差異を調整する仕組みを導入してはどうか。
- 高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、現行の高額医療費共同事業と同様、公費支援を実施すべきではないか。

〔② 市町村ごとの所得水準を勘案〕

- 国保の財政運営を都道府県が担うこととする場合、現在、全国レベルで市町村間の所得水準を調整している国の普通調整交付金については、今回の改革により、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直すことが考えられるのではないか。
- 負担能力に応じた負担とする観点から、都道府県が定める分賦金については、市町村ごとの所得水準を勘案することとしてはどうか。

(次頁に続く)

(前頁からの続き)

〔③ 地域の実情に応じた均一保険料率圏域の設定〕

- 市町村ごとに保険料率を設定することを基本としつつ、医療費水準等の差異が比較的小さく、また、市町村の合意が得られる地域にあつては、「分賦金」の仕組みの下、都道府県単位や二次医療圏単位での均一保険料率の設定も可能としてはどうか。

(注) 現在、国保事業を実施している広域連合の中には、広域連合単位で均一の保険料率を採用している地域があるが、国保制度の見直し後においても、そのような取組みは可能。

〔④ 保険料水準の急激な変化の回避〕

- 保険料の設定方法の在り方や現行の公費支援の役割の見直しの影響により、被保険者の保険料水準が急激に変化することのないよう、必要な経過措置を相当程度の期間設けるべきではないか。

分賦金の勘案要素（案）（イメージ）

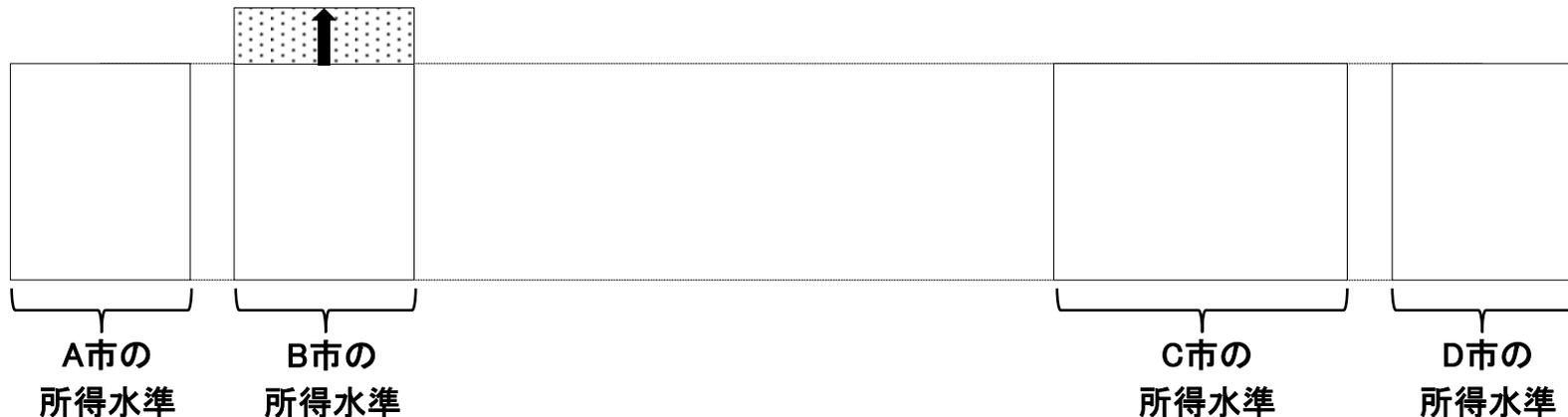
○ 都道府県内の医療給付費を各市町村の医療費水準と所得水準等で按分し、支え合う仕組みとしてはどうか
〈都道府県単位の保険料収納必要額〉

<p>〈按分方法〉 被保険者数に応じた按分額に 市町村ごとの医療費実績を反映 (医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均)</p>	<p>〈按分方法〉 所得水準に応じた按分額に 市町村ごとの医療費実績を反映 (医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均)</p>
--	---

所得水準の高い都道府県ほど、割合大
(全国平均並の所得水準の場合、全体の50%)

○ 市町村の所得水準が同じ場合、
年齢調整後の医療費水準が高いほど
分賦金の負担が大きくなり、
医療費水準に応じた負担となる。

○ 年齢調整後の医療費水準が同じ場合、
市町村の所得水準が高いほど分賦金負担が大きくなり、
公平な保険料水準となる。



論点②

国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方

論点②－3 資格管理、保険給付

(3) 保険給付、資格管理の具体的な仕組み

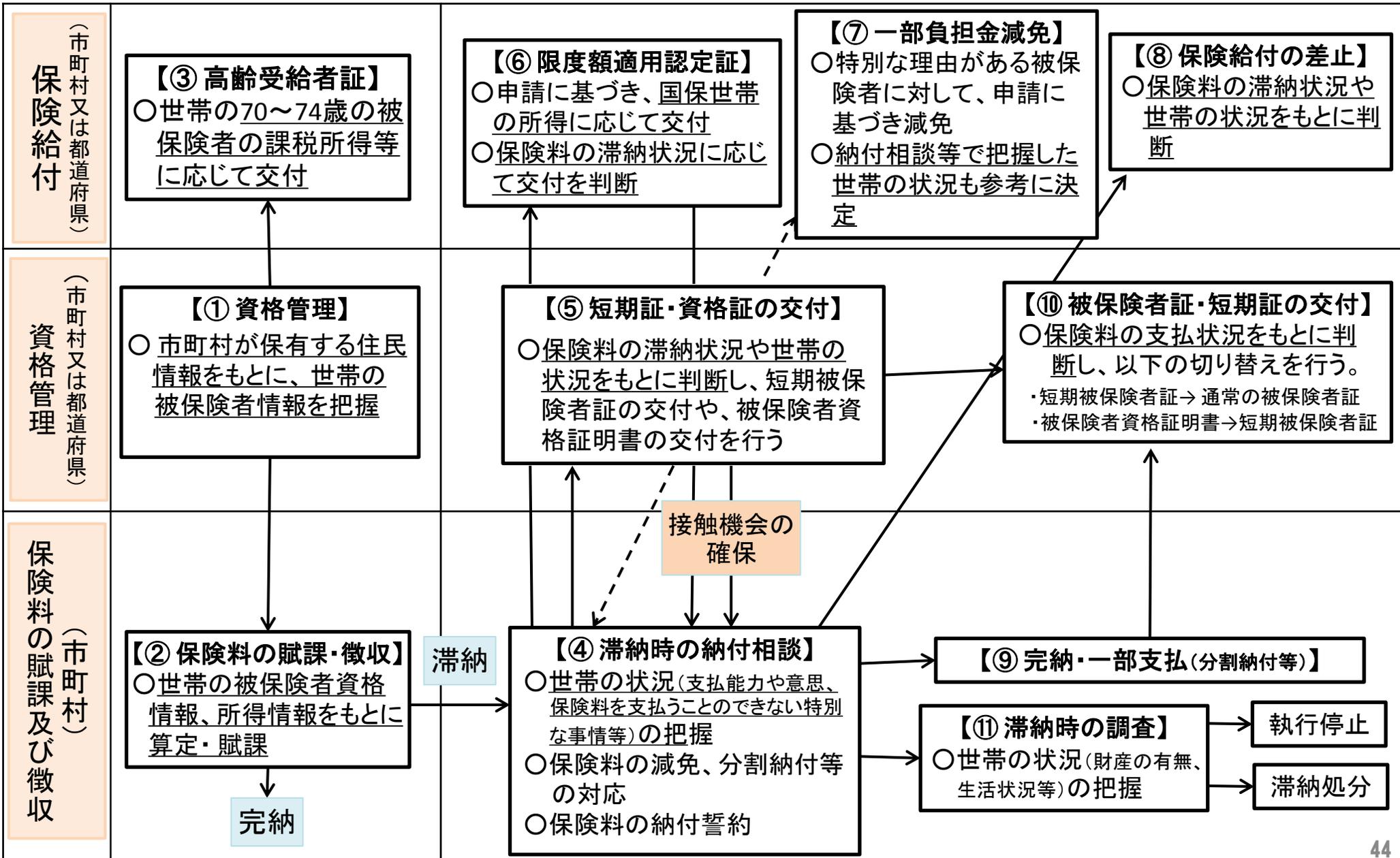
- 保険給付、資格管理の具体的な仕組みについて、届出・申請の受付や、証明書の引渡業務といった事実上の行為(窓口業務)については、被保険者の利便性を確保する観点から、市町村が行うことが考えられる。
- その上で、証明書の発行・交付や給付の決定といった処分性を有する行為については、以下のような視点の下、その具体的な仕組みについての検討を行った。
 - ・ 国保の被保険者の資格情報である住所・世帯情報や所得情報を市町村が有している中、事務の効率的な運営(効率的な事務処理体制の確保を含む)や被保険者の利便性の確保を図ること
 - ・ 保険給付、資格管理、保険料の賦課・徴収には、相互に密接に関連している事務(短期被保険者証、被保険者資格証明書の交付等)があり、これらの事務の一体的な処理や、個々の事情に応じた柔軟・迅速な対応の確保を図ること
 - ・ 日常生活圏域で医療・介護サービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築していくこととの整合性の確保を図ること
 - ・ 膨らんだ保険給付については公費と保険料で賄うこととなることにかんがみ、保険給付の支払の適正化を通じた医療費適正化インセンティブの確保を図ること

(次頁に続く)

- 市町村が保険給付や資格管理を担うこととした場合には、
 - ・ 住民情報や課税情報を管理している市町村が資格管理と保険給付を併せて行うことが効率的であり、また、都道府県ではそうした事務を担うのは難しいとの指摘や、地域包括ケアシステムの構築を推進するに当たり、医療給付と介護給付の情報は市町村に一元的に集約するのが望ましいとの指摘等があった一方で、
 - ・ 都道府県が保険給付や資格管理を担うこととする場合と比べ、市町村の事務が集約化されないことやシステムが標準化されないことにより効率的な事務運営の確保やシステム改修費の節減が課題となるとの指摘や、国保データベースシステムを活用し、医療情報と介護情報を突合させたデータを把握すれば、住民に必要なサービスを把握することは可能ではないかとの指摘等があった。
- 都道府県が保険給付や資格管理を担うこととした場合には、
 - ・ 事務の集約化やシステムの標準化により効率的な運営の確保や将来的に発生するシステム改修費の抑制が図られるとの指摘や、都道府県内における保険給付や資格管理に係る処理基準の統一化が図られるとの指摘、同一都道府県内の転居等の際の被保険者の利便性が向上するとの指摘、国保連合会等を活用すれば都道府県においても事務処理を遂行することは可能であるとの指摘等があった一方で、
 - ・ 市町村が保険給付や資格管理を担うこととする場合と比べ、証明書の発行・交付や給付の決定に時間を要することとなり被保険者の利便性が損なわれるとの指摘や、都道府県において必要な人員増等事務処理体制を新たに構築する必要が生じるとの指摘、システム開発等に多額の初期投資がかかり、また、住民・世帯情報等を有する市町村においても、引き続き、システム改修が必要であることに留意すべきとの指摘等があった。
- また、保険給付や資格管理には様々な事務が存在することから、一律に論ずるのではなく、個々の事務の具体的な仕組みについて検討すべきとの指摘や、そうした検討を進める際には、国民健康保険と後期高齢者医療制度との被保険者の特性の相違や事務の特性の相違を念頭に置きつつ、後期高齢者医療制度における後期高齢者医療広域連合と市町村の役割分担の仕組みも参考にしてはどうかとの指摘もあった。
- こうした指摘を踏まえつつ、保険給付、資格管理の具体的な仕組みについて、引き続き検討を進めていく。

保険給付、資格管理、保険料の賦課及び徴収の事務の関連性

(注)各事務における番号は、必ずしも各事務の前後関係を表すものではない



国民健康保険と後期高齢者医療制度における事務の状況について

		国民健康保険		後期高齢者医療		
		事務処理状況	被保険者1,000(人・世帯)あたりの処理数	事務処理状況	被保険者1,000人あたりの処理数	
資格管理	①被保険者証発行数 (被保険者増加数)		5,991,403件	173件 (被保険者証発行数を被保険者数で除したものの)	1,440,124件 (うち年齢到達以外による発行数132,262件(※1))	95件 (うち年齢到達以外の理由による発行数9件)
	②短期被保険者証	発行数	1,169,533世帯	57世帯	23,140件	2件
		割合	5.68%	—	0.15%	—
	③資格証明書	発行数	277,039世帯	14世帯	0件	0件
割合		1.35%	—	0%	—	
給付	④一部負担金減免件数		14,726件	0.4件 (一部負担金減免件数を被保険者数で除したものの)	89件	0.006件
保険料関係	⑤収納率(※2)		89.86%	—	99.19%	—
	⑥普通徴収	割合(※3)	90.14%	—	27.34%(※4)	—
		収納率	89.24%(※5)	—	98.07%	—
	⑦特別徴収	割合(※3)	9.86%	—	75.73%(※4)	—
		収納率	99.94%	—	100.00%	—
	⑧保険料減免件数		634,208世帯	31世帯	6,158件	0.4件
	⑨保険料滞納	数(世帯・件)	3,721,615世帯	181世帯	243,107件	16件
割合		18.08%	—	1.60%	—	
⑩滞納処分件数(※6)		243,540件	12件 (滞納処分件数を世帯数で除したものの)	2,865件	0.2件	

①・⑤～⑦・⑩は平成24年度実績、②・③・⑨は平成25年6月1日時点(速報値)、④・⑧は平成22年度実績

(※1) 年齢到達による後期加入者は、システム処理により、自動的に被保険者証を発行(基準収入額適用申請書勸奨対象者を除く)

(※2) 年齢階級別、所得階級別収納率は、別紙に記載 (※3) 各収納方法による世帯・被保険者割合

(※4) 普通徴収と特別徴収を併用した者については、両方に計上している。

(※5) 納期後収納額は普通徴収の収納額に計上し、収納率を算定 (※6) 国保は、処分件数、後期は処分被保険者数

(出典) 国保: ①・⑤は「国民健康保険事業年報」、⑥・⑦・⑩は「国民健康保険事業実施報告」、②～④・⑧・⑨は「予算関係資料」

後期: ①・⑤・⑥(収納率)・⑦(収納率)は「後期高齢者医療事業年報」、②～④・⑥(割合)・⑦(割合)・⑧～⑩は「後期高齢者医療制度実施状況調査」

【論点②－3】国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担 (資格管理、保険給付)

- 届出・申請の受付や証明書の引渡業務といった事実上の行為(窓口業務)については、被保険者の利便性を確保する観点から、市町村が担うことが適当ではないか。
- その上で、証明書の交付や現物給付・現金給付の支給決定といった処分性を有する行為の主体について、どう考えるか。

論点②

国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方

論点②-4 保健事業

■ 市町村国保は、平成26年度以降、順次、データヘルス計画(※)の作成・公表を予定。

※「データヘルス計画」とは、データヘルス事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

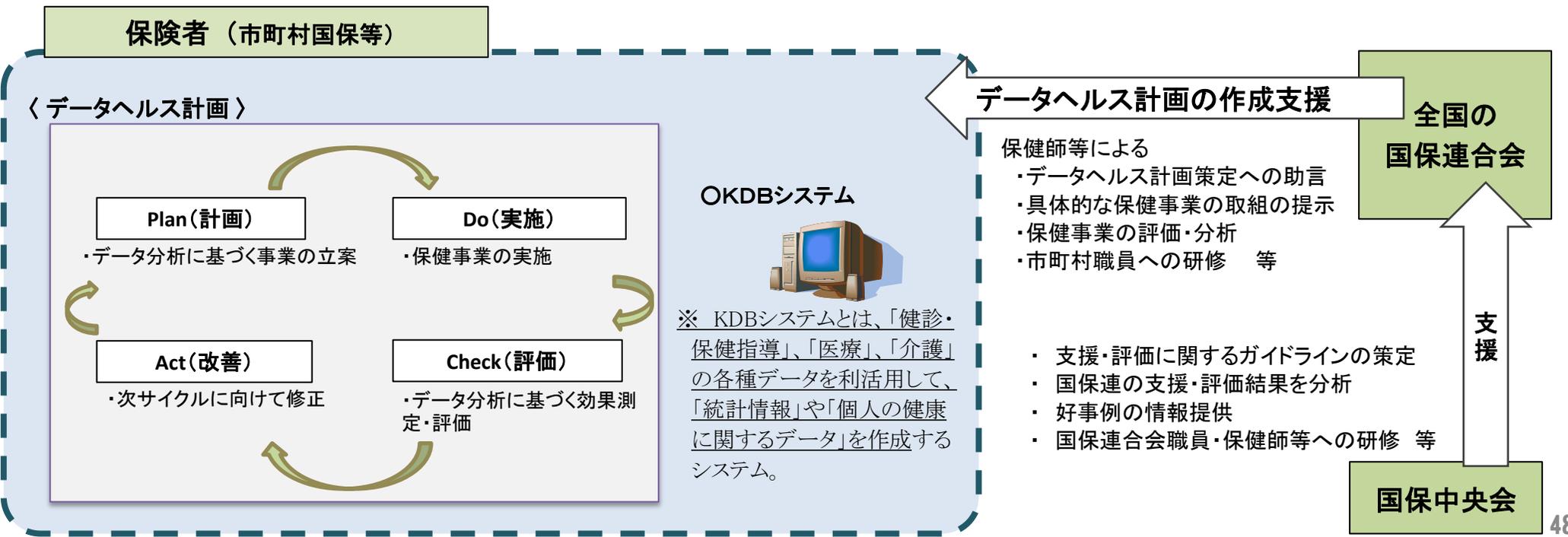
<データヘルス事業を推進するための取組み>

○ 国保データベースシステム(KDBシステム)を活用したデータ分析

- ・ 市町村国保等における医療費分析や保健事業の計画の作成・実施等を支援するためのシステム(KDBシステム)が平成25年10月以降、順次稼働。
- ・ KDBシステムを活用し、自らの地域の健康状態の特徴を把握し、優先すべき課題を明確化し、被保険者をリスク別に分け、個人に対する効果的・効率的な保健事業を実施する。

○ 市町村国保の取組を支援するための体制整備

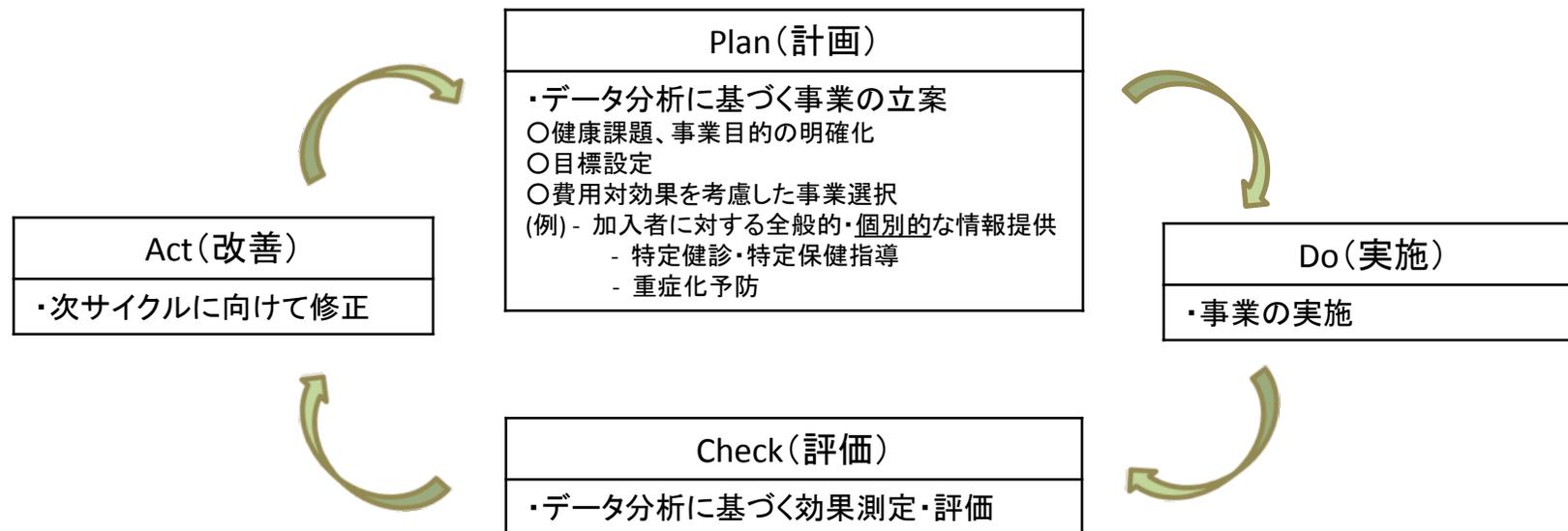
- ・ 市町村国保等における取組を支援するための有識者等からなる支援体制を中央・都道府県レベルで整備するとともに、市町村や国保連合会における職員への研修等を実施。



「データヘルス計画」について

市町村国保等に対し、レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画（「データヘルス計画」）を作成するよう求めている。

＜PDCAサイクルに基づくデータヘルス計画＞



＜実施スケジュール＞

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
市町村国保・広域連合		市町村国保及び後期高齢者医療広域連合でデータヘルス計画を作成	計画の実施		
			有識者等による支援の実施		
被用者保険 (参考)		モデル計画の策定等	計画の実施		
		普及・指導事業	計画の実施(3年間)		
		全ての組合・支部でデータヘルス計画の作成に着手			
		計画の策定			

【論点②-4】国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担 (保健事業)

- 保健事業については、個々の被保険者の健康状態等に応じたきめ細かい取組が必要であり、また、地域での医療介護連携の推進や地域包括ケアシステムの構築の観点からも、地域住民に身近な基礎自治体である市町村が担うことが適当ではないか。
- また、現在、市町村においては、レセプト・健診情報を活用したデータ分析に基づく保健事業(データヘルス事業)が進められているが、国と都道府県においても、それぞれの役割に応じて、市町村の取組を積極的に支援することが適当ではないか。

2. 国民健康保険組合について

■ 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抜粋）

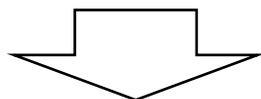
3 医療保険制度改革

（1）財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

（略）

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

（略）



■ 社会保障制度改革プログラム法（平成25年12月5日成立）（抜粋）

（医療制度）

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

ハ 被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

国民健康保険組合について

○ 国保組合とは、国民健康保険法に基づき、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人である。

○ 平成24年度末の組合数及び被保険者数

(1) 医師、歯科医師、薬剤師	92組合	被保険者数	64万人
(2) 建設関係	32組合	被保険者数	157万人
(3) 一般業種	40組合	被保険者数	81万人
合計	164組合	被保険者数	302万人

国民健康保険組合一覧

建設関係国保組合		一般業種国保組合		医師国保組合		歯科医師国保組合	薬剤師国保組合
1 全国建設工事業	28 広島県建設	1 関東信越税理士	28 大阪中央市場青果	1 北海道医師	28 兵庫県医師	1 全国歯科医師	1 北海道薬剤師
2 建設連合	29 徳島建設産業	2 東京理容	29 大阪府浴場	2 青森県医師	29 奈良県医師	2 北海道歯科医師	2 埼玉県薬剤師
3 全国左官タイル塗装業	30 香川県建設	3 東京芸能人	30 大阪府食品	3 岩手県医師	30 和歌山県医師	3 宮城県歯科医師	3 千葉県薬剤師
4 全国板金業	31 佐賀県建設	4 文芸美術	31 大阪府たばこ	4 宮城県医師	31 鳥取県医師	4 秋田県歯科医師	4 東京都薬剤師
5 中央建設	32 長崎県建設事業	5 東京料理飲食	32 大阪質屋	5 秋田県医師	32 島根県医師	5 山形県歯科医師	5 神奈川県薬剤師
6 北海道建設		6 東京芸芸	33 近畿税理士	6 山形県医師	33 岡山県医師	6 福島県歯科医師	6 新潟県薬剤師
7 宮城県建設業		7 東京食品販売	34 大阪市公設市場	7 福島県医師	34 広島県医師	7 茨城県歯科医師	7 福井県薬剤師
8 山形県建設		8 東京美容	35 大阪木津卸売市場	8 茨城県医師	35 山口県医師	8 群馬県歯科医師	8 静岡県薬剤師
9 埼玉県建設		9 東京自転車商	36 大阪衣料品小売	9 栃木県医師	36 徳島県医師	9 埼玉県歯科医師	9 愛知県薬剤師
10 埼玉土建		10 東京青果卸売	37 兵庫食糧	10 群馬県医師	37 香川県医師	10 千葉県歯科医師	10 三岐薬剤師
11 東京建設職能		11 東京浴場	38 神戸中央卸売市場	11 埼玉県医師	38 愛媛県医師	11 神奈川県歯科医師	11 京都府薬剤師
12 東京建設業		12 東京写真材料	39 兵庫県食品	12 千葉県医師	39 高知県医師	12 静岡県歯科医師	12 大阪府薬剤師
13 東京土建		13 東京都弁護士	40 全国土木建築	13 東京都医師	40 福岡県医師	13 愛知県歯科医師	13 兵庫県薬剤師
14 神奈川県建設業		14 神奈川県食品衛生		14 神奈川県医師	41 佐賀県医師	14 三重県歯科医師	14 紀和薬剤師
15 神奈川県建設連合		15 福井食品		15 新潟県医師	42 長崎県医師	15 大阪府歯科医師	15 中四国薬剤師
16 新潟県建築		16 静岡市食品		16 富山県医師	43 熊本県医師	16 兵庫県歯科医師	16 広島県薬剤師
17 富山県建設		17 名古屋市食品		17 石川県医師	44 大分県医師	17 奈良県歯科医師	17 福岡県薬剤師
18 長野県建設		18 京都芸術家		18 福井県医師	45 宮崎県医師	18 和歌山県歯科医師	18 長崎県薬剤師
19 岐阜県建設		19 京都料理飲食業		19 山梨県医師	46 鹿児島県医師	19 広島県歯科医師	
20 静岡県建設産業		20 京都府酒販		20 長野県医師	47 沖縄県医師	20 愛媛県歯科医師	
21 愛知建連		21 京都市中央卸売市場		21 岐阜県医師		21 福岡県歯科医師	
22 三重県建設		22 京都市食品衛生		22 静岡県医師		22 佐賀県歯科医師	
23 京都建築		23 京都府衣料		23 愛知県医師		23 長崎県歯科医師	
24 京都府建設業職別連合		24 京都花街		24 三重県医師		24 熊本県歯科医師	
25 大阪建設		25 大阪府整容		25 滋賀県医師		25 大分県歯科医師	
26 兵庫県建設		26 大阪府小売市場		26 京都府医師		26 宮崎県歯科医師	
27 岡山県建設		27 大阪文化芸能		27 大阪府医師		27 鹿児島県歯科医師	

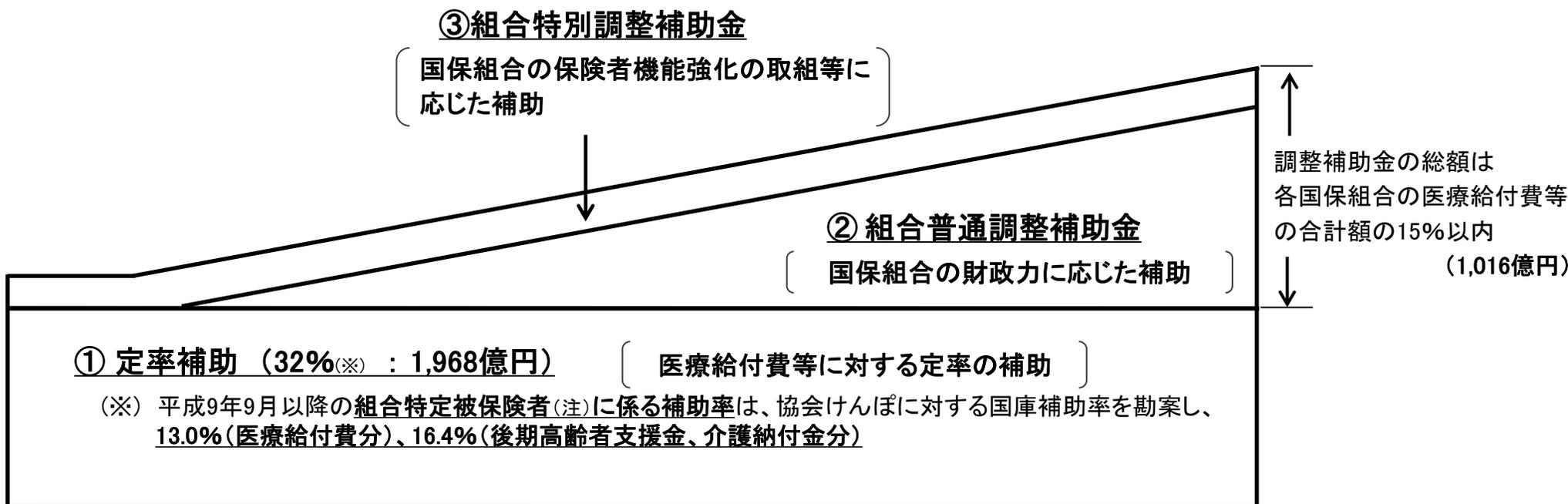
(出所) 「平成24年度国民健康保険事業年報」

国民健康保険組合の概要

- 国保組合とは、国民健康保険法に基づき、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人である。
(医師・歯科医師・薬剤師 : 92組合 / 建設関係 : 32組合 / 一般業種 : 40組合 計 164 組合)
- ※ 国保組合は、全市町村に国保事業の実施を義務づける(国民皆保険)以前から制度化されていた公法人であるが、国民皆保険達成後は、市町村が運営する国保を原則とする観点から、原則として国保組合の新設を認めていない。
- 被保険者数: 約302万人 (平均年齢: 39.3歳)
- 保険料: 国保組合ごとに規約で定めている。 (収納率は99.9%)

国保組合に対する国庫補助

(平成26年度予算ベース)



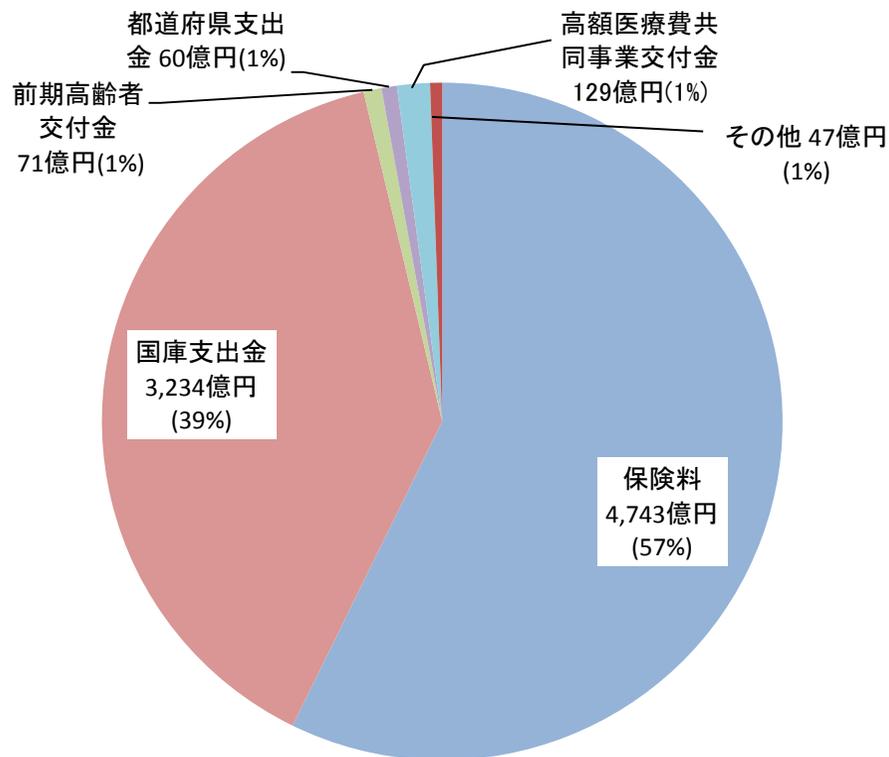
(注) 「組合特定被保険者」とは、本来的には健康保険の適用を受ける被用者であるが、健康保険の適用除外の承認を受けて国保組合の被保険者となった者をいう。

国民健康保険組合の収支状況について(平成24年度)

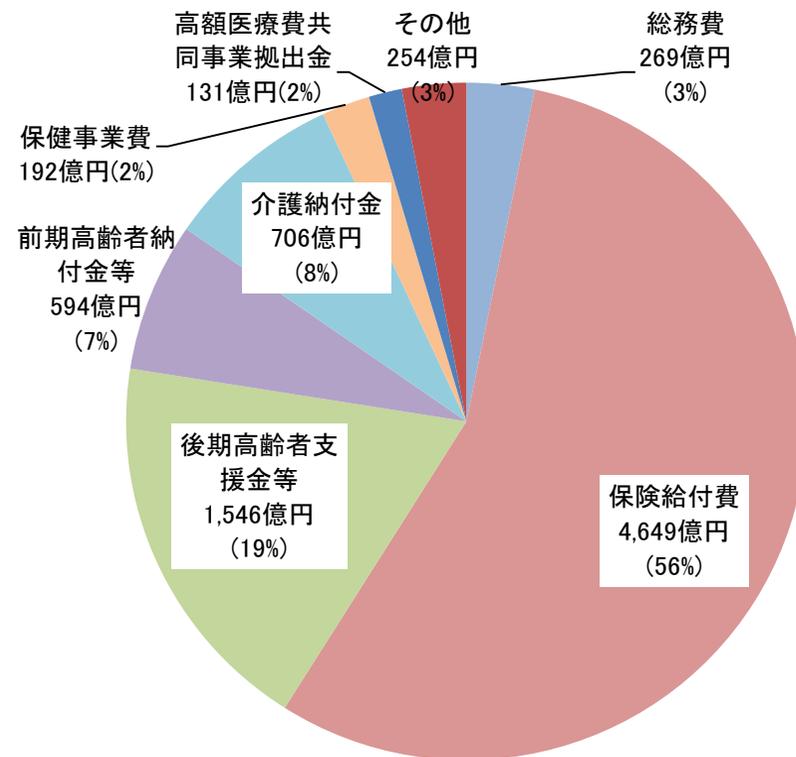
○ 単年度収入(平成24年度)については、保険料収入が57%、国庫支出金が39%を占めている。

○ 単年度支出(平成24年度)については、保険給付費が56%、後期高齢者支援金等が19%、介護納付金が8%、前期高齢者納付金等が7%を占めている。

経常収入 8,284億円



経常支出 8,340億円



国民健康保険組合の収支状況の推移について

- 平成24年度の収支状況については、
- ・ 単年度収入では、保険料収入が4,743億円（前年度比+1%）、国庫支出金が3,234億円（前年度比+0%）
 - ・ 単年度支出では、保険給付費4,649億円（前年度比▲2%）後期高齢者支援金等は1,546億円（前年度比+4%）、前期高齢者納付金等は594億円（+14%）の増となっている。

（単位：億円）

科目		平成23年度	平成24年度(対前年度比)
単年度収入	保 険 料	4,678	4,743 (+ 1%)
	国庫支出金	3,230	3,234 (+ 0%)
	前期高齢者交付金	67	71 (+ 6%)
	都道府県支出金	62	60 (▲ 2%)
	高額医療費共同事業交付金	121	129 (+ 7%)
	そ の 他	57	47 (▲17%)
	合 計	8,216	8,284 (+ 1%)
単年度支出	総 務 費	274	269 (▲ 2%)
	保険給付費	4,748	4,649 (▲ 2%)
	後期高齢者支援金等	1,491	1,546 (+ 4%)
	前期高齢者納付金等	521	594 (+14%)
	老人保健拠出金等	1	0 (▲77%)
	介護納付金	717	706 (▲ 2%)
	保健事業費	189	192 (+ 2%)
	高額医療費共同事業拠出金	122	131 (+ 7%)
	そ の 他	245	254 (+ 4%)
	合 計	8,310	8,340 (+ 0%)
単年度収支差引額（経常収支）		▲ 94	▲ 55

平成26年度予算(国保組合関係)

【25年度予算】

【26年度予算】

◎定率補助 2,017.2億円 → 1,968.0億円 (▲49.2億円)

◎調整補助金 1,035.5億円 → 1,016.3億円 (▲19.2億円)

◎出産育児一時金補助金 23.7億円 → 22.2億円 (▲1.5億円)

◎高額医療費共同事業補助金 22.2億円 → 22.2億円 (±0.0億円)

◎事務費負担金 25.2億円 → 24.1億円 (▲1.1億円)

◎特定健診・保健指導補助金等 11.3億円 → 7.5億円 (▲3.8億円)

※新しい日本のための優先課題推進枠を含む

計

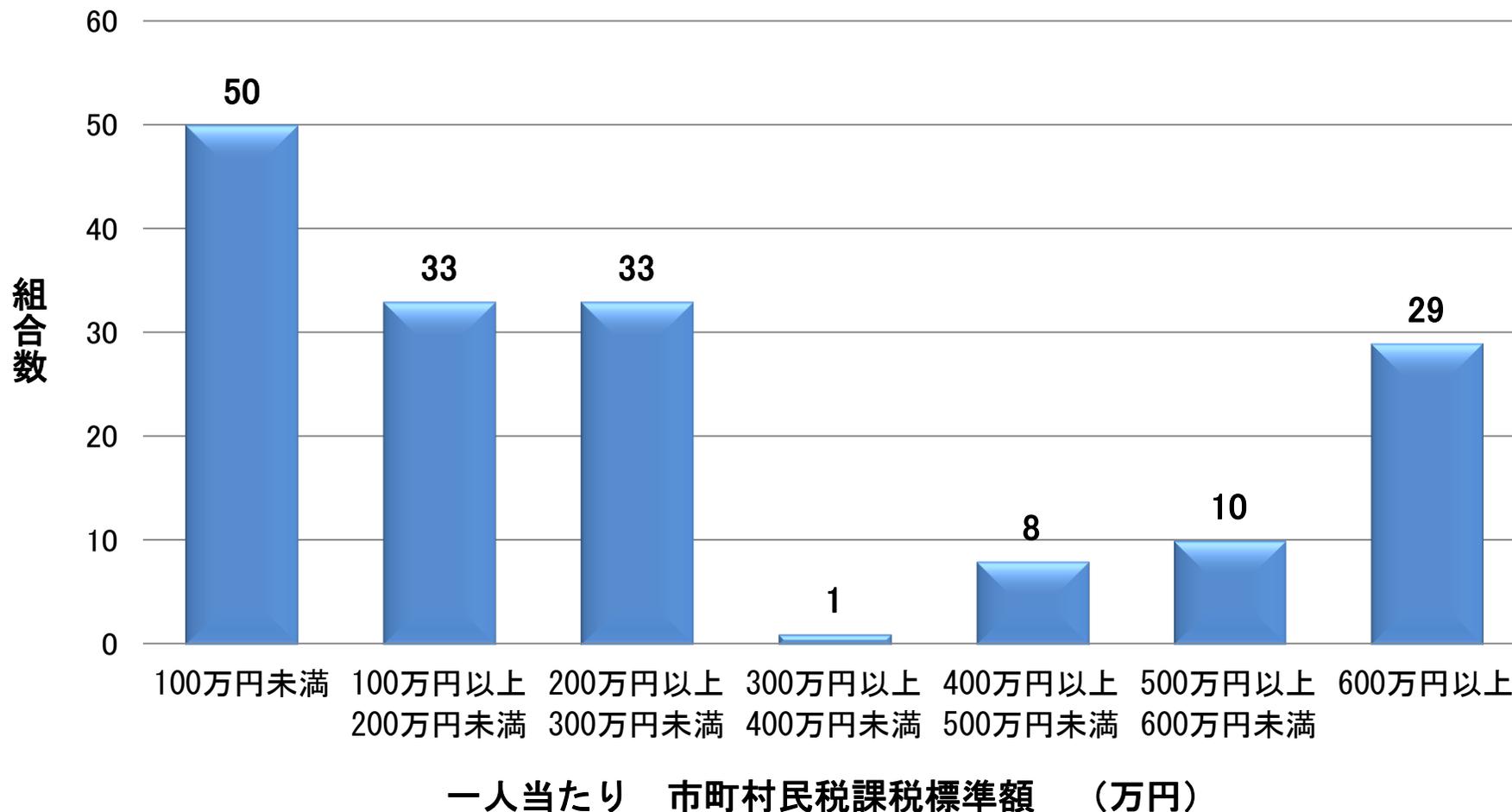
3,135.1億円 → 3,060.4億円 (▲74.7億円)

*項目毎に四捨五入している。

国民健康保険組合の所得水準について

○ 国保組合の所得水準については、

- ・ 50組合(全体の30%)が一人当たり市町村民税課税標準額が100万円未満、33組合(20%)が一人当たり市町村民税課税標準額が100万円以上200万円未満
- ・ 29組合(全体の18%)が一人当たり市町村民税課税標準額が600万円以上



(注) 平成21年度所得調査の結果を基に作成

平成21年度 国民健康保険組合の所得調査結果

1. 調査方法

- 全国保組合が対象(165組合)。
- 各国保組合で調査対象者に調査票を配布し、回収(回答率84.6%)。
- 調査対象者は、各国保組合の平成21年5月1日現在の組合員(75才以上の者を除く。)から抽出。
抽出割合は、個々の国保組合の組合員数に応じて設定(下記(参考)参照)。
調査対象者数は、組合員、家族合わせて約56万人。
- 調査を行った所得は、平成21年度市町村民税課税標準額(平成20年所得)。
(注)1. 市町村民税課税標準額は、総所得金額等(収入から給与所得控除、公的年金等控除等を控除したもの)から基礎控除の他、所得控除(扶養控除、配偶者控除等)を控除した金額。
2. 市町村国保で使用される所得概念である旧ただし書所得は、総所得金額等から基礎控除を除いたもの。

2. 調査結果

	平成21年度市町村民税課税標準額				(参考) 平成16年度市町村民税 課税標準額(1人当たり)	
	加入者1人当たり		1世帯当たり		単純平均	加重平均
	単純平均	加重平均	単純平均	加重平均		
医師国保組合	667万円	644万円	1,385万円	1,200万円	620万円	612万円
歯科医師国保組合	221万円	225万円	392万円	397万円	205万円	211万円
薬剤師国保組合	221万円	221万円	373万円	365万円	171万円	179万円
一般業種国保組合	125万円	125万円	250万円	255万円	122万円	122万円
建設関係国保組合	70万円	71万円	164万円	165万円	64万円	65万円
国保組合平均	295万円	217万円	593万円	443万円	270万円	206万円

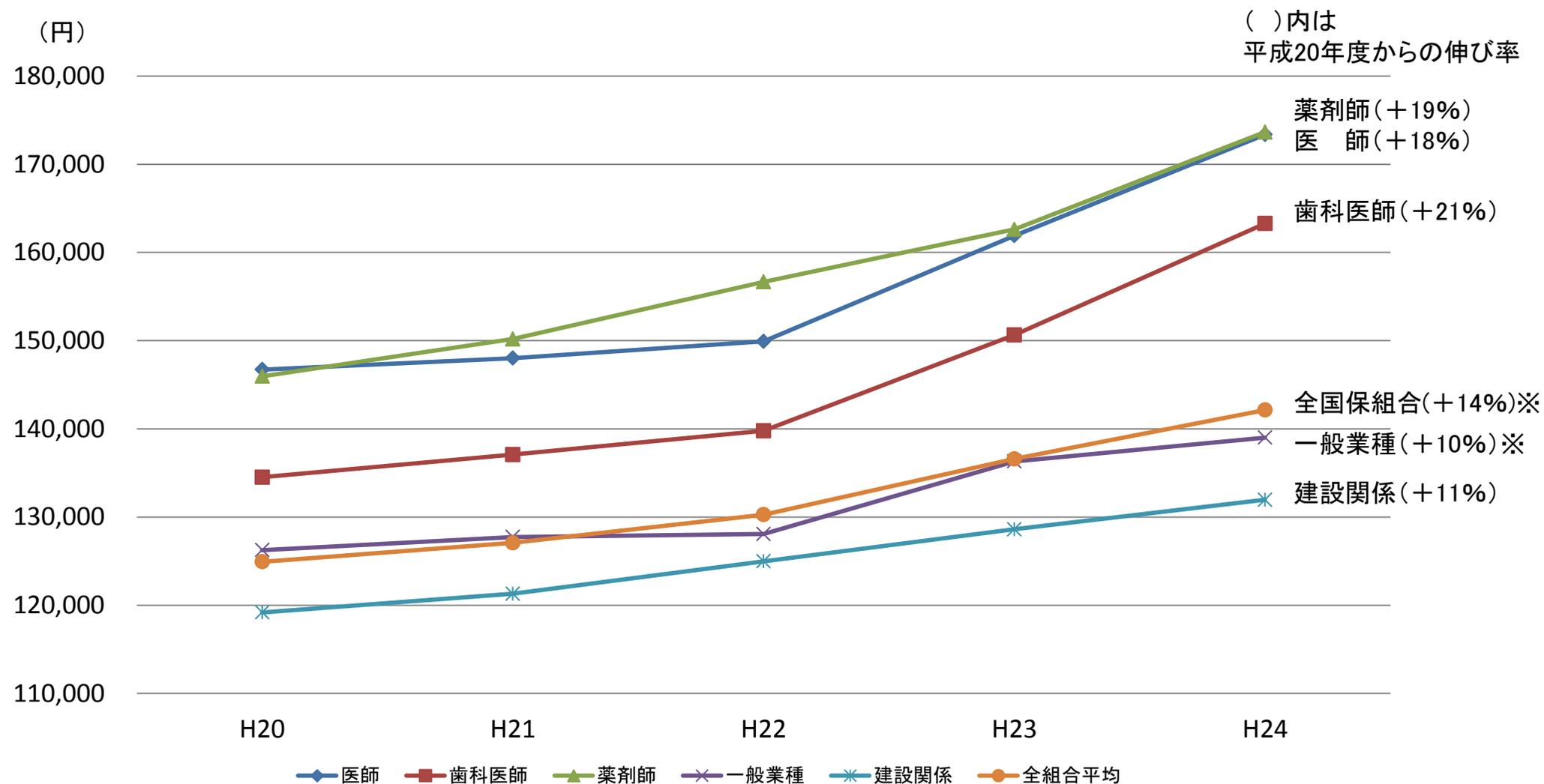
(注)単純平均:各国保組合の加入者の課税標準額の平均値を合計し、単純に国保組合数で除したもの
加重平均:全ての国保組合の加入者の課税標準額を合計し、全加入者数で除したもの

(参考)抽出割合

組合員数	抽出率	最低必要抽出人数
1,000人未満	3/4	—
1,000人以上 2,000人未満	2/3	750人
2,000人以上 5,000人未満	2/5	1,333人
5,000人以上 10,000人未満	1/4	2,000人
10,000人以上 20,000人未満	1/6	2,500人
20,000人以上 50,000人未満	1/11	3,333人
50,000人以上 100,000人未満	1/16	4,545人
100,000人以上	1/40	6,250人

国民健康保険組合の一人当たり保険料の推移について

○ 平成24年度における一人当たり保険料については、平成20年度と比べ、全体で14%上昇している。



(注1) 「一人当たり保険料」とは、国民健康保険事業年報における保険料調定額(現年度分)を各年度末の被保険者数で除した額

(注2) ※印は、事業主負担がある全国土木建築を除いたデータである。

平成26年8月8日

社会保障審議会医療保険部会での主な意見(抜粋)

■ 医療保険部会での議論①

(主な意見)

○ 国保組合に対する32%の定率補助は、市町村国保とのバランスを見て決められたものであり、国庫補助を見直す際には保険者間の財政調整や国庫補助の在り方、高齢者医療制度に関連する財政影響の見極めなど、総合的な判断が必要。組合員の所得水準を理由に一方的に定率補助を見直すことは、医療保険制度そのものの使命をないがしろにするものであり、容認できない。

○ 医師国保の中には既に赤字の組合もあり、市町村国保並みに保険料を引き上げても、公費負担がなければ赤字になり、解散するしかなくなる。国保組合が解散すれば市町村国保や協会けんぽに加入することになるが、市町村国保に対する国庫補助率は国保組合に対する国庫補助率よりも高く、それまで自粛していた自家診療も請求することになり、結果的に国庫補助がかえって増えることになる。

○ 保険料の収納率がほぼ100%を達成しているという特性や、組合の診療所のいわゆる家族であるとか従業員の診療については、自主的に請求せずに経営の健全化を図っている等の特性を全く議論せずに、ただ単に所得が高いという一面だけで議論されるのは非常に異論がある。

平成26年8月8日

社会保障審議会医療保険部会での主な意見(抜粋)

■ 医療保険部会での議論②

(主な意見)

- 定率補助の廃止、あるいは補助率を下げた場合の財政影響や、国保組合が解散した場合に国庫補助が結果的に増えるということが実際に起き得るのかどうかの財政影響等についての精査がされず、議論が停滞しているので、きちんと数字を出して議論を進める必要がある。
- 国保組合の中でも財政的に保険料だけでやっていけるのであれば、それをやるのが筋で、定率補助のように国保組合と名がつけば何でもかんでも国からお金が出るという考え方自体がおかしい。所得水準に応じて必要なところだけに国として補助金を出す、自立した運営が可能な国保組合への定率補助は廃止すべき。
- 被保険者の所得水準が低いということは構造的な問題であり、国庫補助や保険者間の助け合いを行う1つの理由になっていると理解しているが、所得水準の高い国保組合に対してなぜ国庫補助が必要なのかということについては、説得力に乏しいのではないか。そのため、そこへの国庫補助を見直す方向は理解できる。
- 国保組合の所得水準は二極化しており、明らかに所得水準の高い組合がある。所得水準の高い組合に国庫補助を入れるというのは国民感情としてもなかなか納得が得られないのではないか。

■議論の整理（社会保障審議会医療保険部会）

平成23年12月6日

（抄）

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

（国保組合の補助率の見直し）

○ [前略] 保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合（以下「国保組合」という。）に対する国庫補助の見直しを行う。

○ なお、所得水準の高い国保組合についても、国庫補助を完全に廃止することは財政運営への影響が大きい、国庫補助を廃止した場合には、保険料の上昇により加入者が脱退し、国保組合の解散等の可能性もあることから財政影響について精査する必要がある、という意見もあった。

行政刷新会議の事業仕分けの結論(平成22年11月16日)

平成22年12月2日
平成23年11月24日
社会保障審議会医療保険部会
資料を一部改変

○ 見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)

(とりまとめコメント)

それぞれの組合ごとの所得階層が大きく異なっているため、所得の低い皆さんの集団である国保組合については、従前どおりのしっかりとした補助を、その代わり所得の高い人たちが集まっている国保組合についてはゼロも含めて、厚生労働省B案(※右下図)で進んでいただきたいということを結論とする。

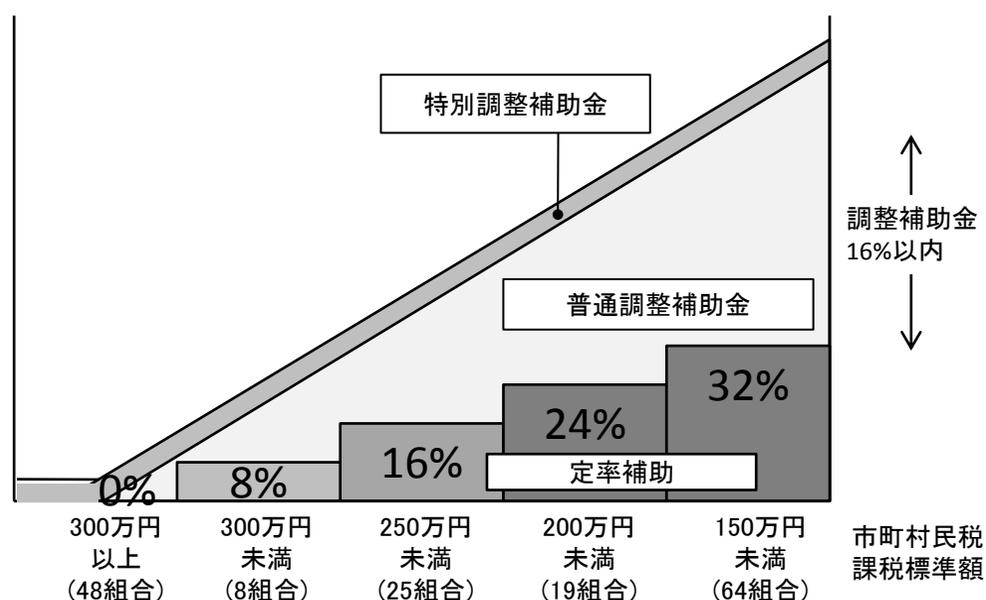
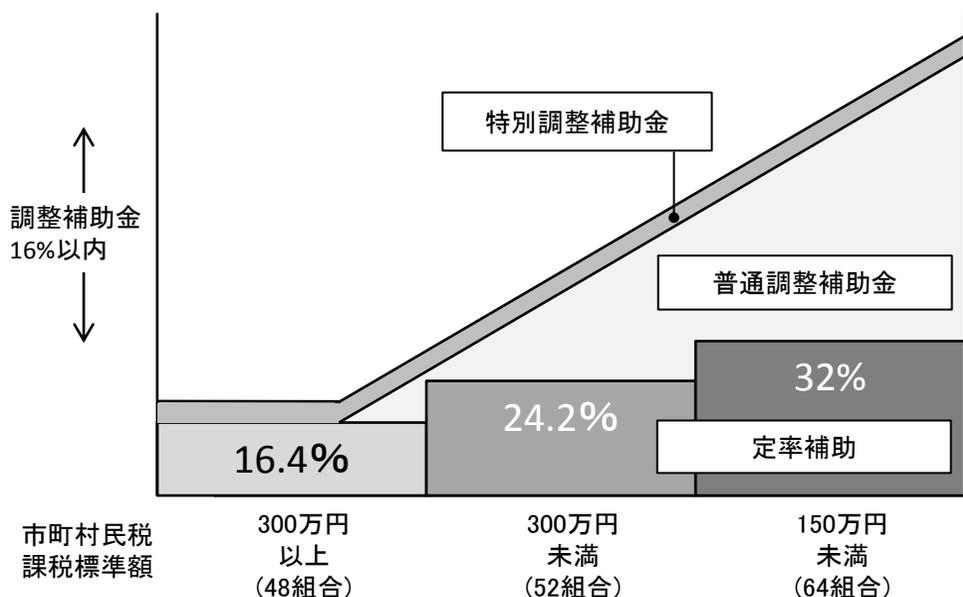
事業仕分けで結論とされた見直し案

【A案】

- ・3段階の定率補助
- ・補助率は、協会けんぽの水準(16.4%)以上

【B案】

- ・5段階の定率補助
- ・所得水準の高い国保組合の補助率は、0%



事業仕分けの結果に沿った機械的な試算

○ 仮に、行政刷新会議の事業仕分け（平成22年11月16日）の結論に沿って国保組合に対する国庫補助を見直した場合、これまで抑制されてきた自家診療の増等を加味すれば、163組合中51組合は、市町村国保並みに保険料を引き上げても赤字となる。

- 特に、
- ・ 医師国保（47組合）については、41組合は赤字となる。
 - ・ 建設国保（32組合）については、国庫補助は▲43億円となる上、3組合は赤字(※)となる。

※平成9年8月以前に健康保険の適用除外承認を受けて国保組合に加入する「経過的組合員」の定率補助を、現行の32%から、「平成9年9月以降に適用除外承認を受けて国保組合に加入した組合特定被保険者」と同じ補助率(16.4%)まで引き下げていることが要因。

	変更後黒字保険者数	変更後赤字保険者数
医師国保（47組合）	6組合（13%） [31組合（66%）]	41組合（87%） [16組合（34%）]
歯科医師国保（27組合）	23組合（85%） [26組合（96%）]	4組合（15%） [1組合（4%）]
薬剤師国保（18組合）	16組合（89%）	2組合（11%）
一般業種（39組合）	38組合（97%）	1組合（3%）
建設関係国保（32組合）	29組合（91%）	3組合（9%）
合計（163組合）	112組合（69%）[140組（86%）]	51組合（31%）[23組合（14%）]

全ての医師国保が「定率補助0%」の分類に該当

全ての建設国保が「定率補助32%」の分類に該当

※保険料の事業主負担分がある全国土木建築は、本試算の対象外としている

■ **括弧書き**は自家診療の増等を換算しない場合の試算

(試算の前提)

- 平成24年度の各国保組合の決算をベースに、介護分の収支を除いた医療分の収支を作成。
- 保険料収入は、当該国保組合の所在地である都道府県下の市町村国保に加入した場合の平均的な応能割率、均等割額、平等割率が当該組合に適用された場合の保険料額を、平成21年所得調査で把握している世帯ごとの収入及び世帯員数により求めて、平成24年度の被保険者数に割り戻したもの。国庫補助は下記の通り求めている。
 - ・決算に基づく医療給付費、後期支援金に、平成21年所得調査より算出した市町村民税課税標準額に対応した改革後の国庫補助率を乗じることで算出（経過的組合員、特定被保険者の給付費等については、平成24年度の実績を使用）
 - ・普通調整補助金は、現行の算出方法が国庫補助割合が一定であることを前提としているため、該当部分を一部調整して試算を行った。
 - ・特別調整補助金等その他の国庫補助は、平成24年度実績を用いている。
- 医科・歯科国保組合については、入院外、歯科について自家診療の増等（給付費の増及びそれに伴う前期納付金の増）を支出額として計上
 - ・当該組合の医療費が所在地の都道府県並の医療費となった場合を想定し、当該組合が所属する都道府県の5歳階級別一人当たり医療費に国保組合の5歳階級別加入者数を乗じるにより求めた医療費と当該組合の医療費との差額を自家診療の増等の医療費として、その給付費分を費用として計上。

所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直しの論点

- プログラム法に記載されたとおり、保険料についての国民の負担の公平を図る観点から、所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直しを行う必要があるのではないか。

(注) 以前、議論された見直し案では、自家診療の増等を加味しつつ、市町村国保並に保険料を引き上げるとの前提においては、多くの組合が赤字となる。

- 所得水準の低い国保組合への影響、実施方法(段階的实施、施行時期)等について、更なる検討を加えることが必要ではないか。
- 現在5年に一度実施している所得調査の結果が、今後、公費負担に影響を与えるようになることから、頻度を見直し、より効率的に行うべきではないか。

参考資料

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成25年3月末)	1, 717	1	1, 431	85	47
加入者数 (平成25年3月末)	3, 466万人 (2, 025万世帯)	3, 510万人 被保険者1, 987万人 被扶養者1, 523万人	2, 935万人 被保険者1, 554万人 被扶養者1, 382万人	900万人 被保険者450万人 被扶養者450万人	1, 517万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	50. 4歳	36. 4歳	34. 3歳	33. 3歳	82. 0歳
65~74歳の割合 (平成24年度)	32. 5%	5. 0%	2. 6%	1. 4%	2. 6% (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成24年度)	31. 6万円	16. 1万円	14. 4万円	14. 8万円	91. 9万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成24年度)	83万円 一世帯当たり 142万円	137万円 一世帯当たり (※4) 242万円	200万円 一世帯当たり (※4) 376万円	230万円 一世帯当たり (※4) 460万円	80万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成24年度) (※5) <事業主負担込>	8. 3万円 一世帯当たり 14. 2万円	10. 5万円 <20. 9万円> 被保険者一人当たり 18. 4万円 <36. 8万円>	10. 6万円 <23. 4万円> 被保険者一人当たり 19. 9万円 <43. 9万円>	12. 6万円 <25. 3万円> 被保険者一人当たり 25. 3万円 <50. 6万円>	6. 7万円
保険料負担率 (※6)	9. 9%	7. 6%	5. 3%	5. 5%	8. 4%
公費負担	給付費等の50%	給付費等の16. 4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への 補助 (※8)	なし	給付費等の約50%
公費負担額 (※7) (平成26年度予算 ^へ →)	3兆5, 006億円	1兆2, 405億円	274億円		6兆8, 229億円

(※1) 組合健保の加入者一人当たり平均保険料及び保険料負担率については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※4) 被保険者一人当たりの金額を表す。

(※5) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

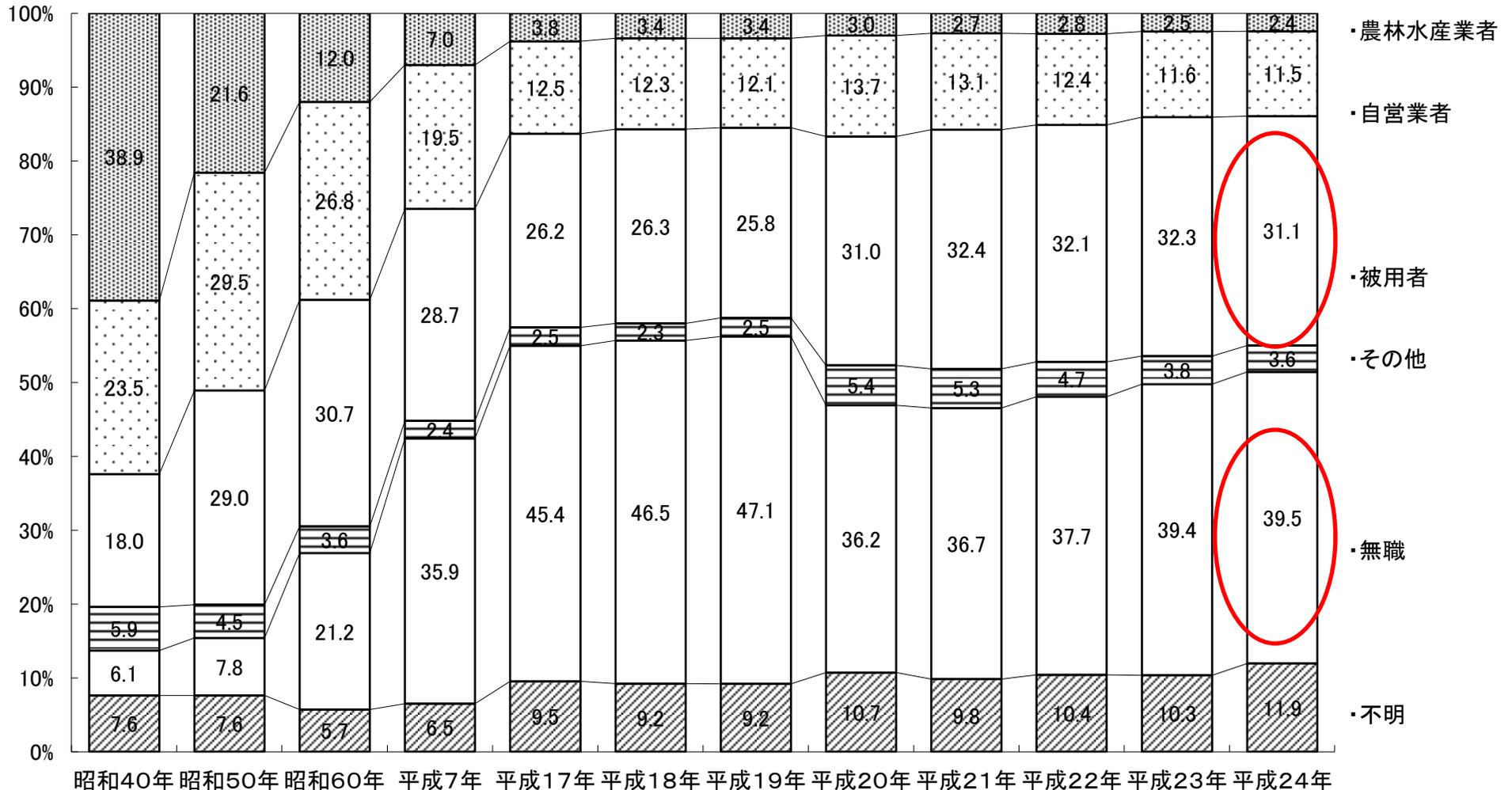
(※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(※8) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

市町村国保の世帯主の職業別構成割合の推移

- 自営業・農林水産業は、昭和40年代には約6割であったが、近年15%程度で推移。
- 年金生活者等無職者の割合が大幅に増加するとともに、被用者は約2割から約3割に増加。



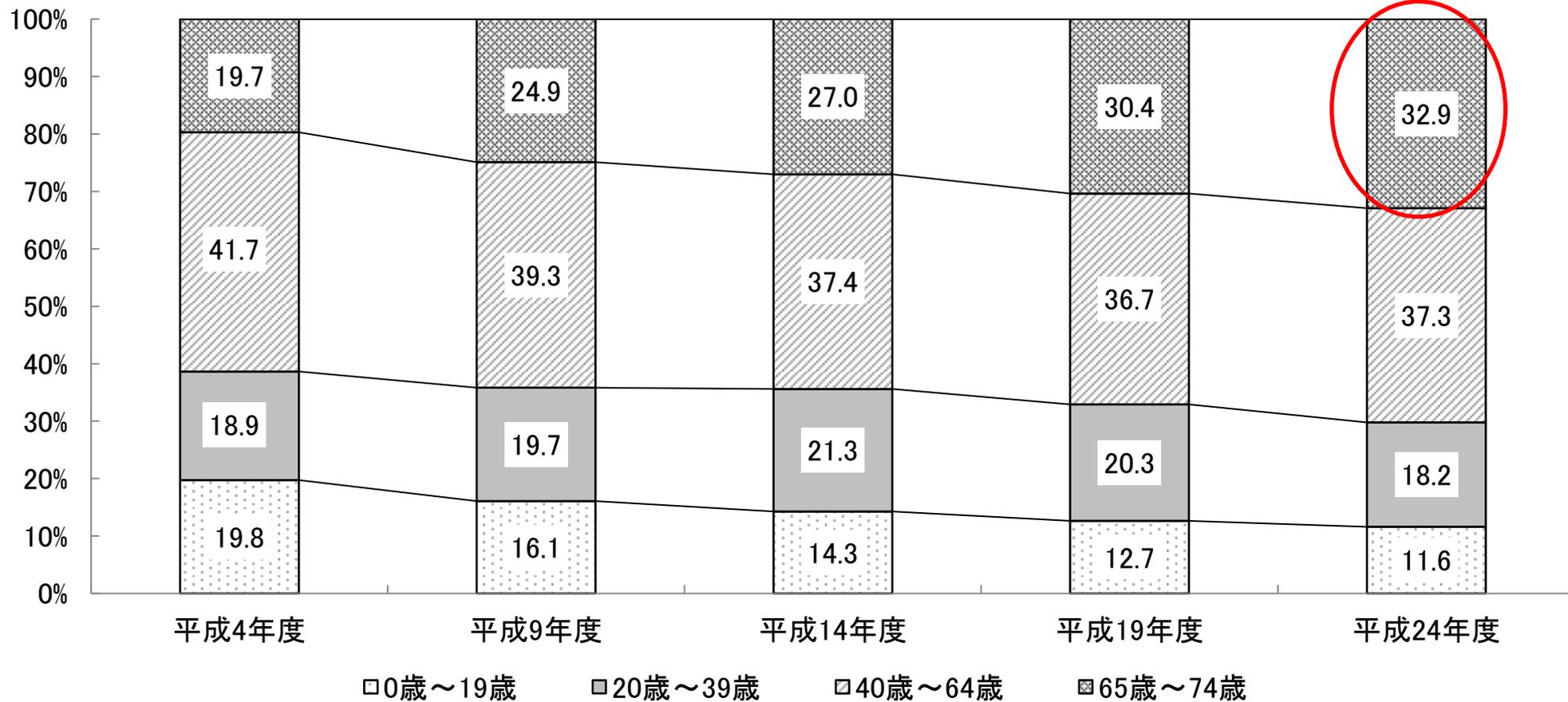
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(注1)擬制世帯を含む。

(注2)平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設に伴い、無職の世帯割合が減少していることに留意が必要。

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移

被保険者数全体に占める、65歳から74歳までの割合が次第に増加し、平成24年度には32.9%となっている。

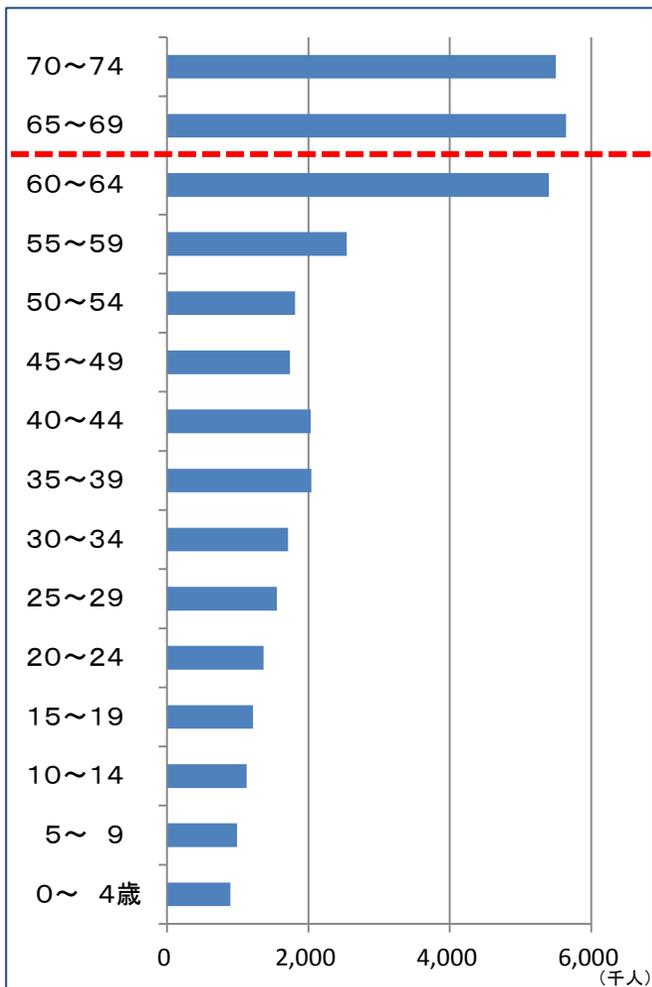


(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

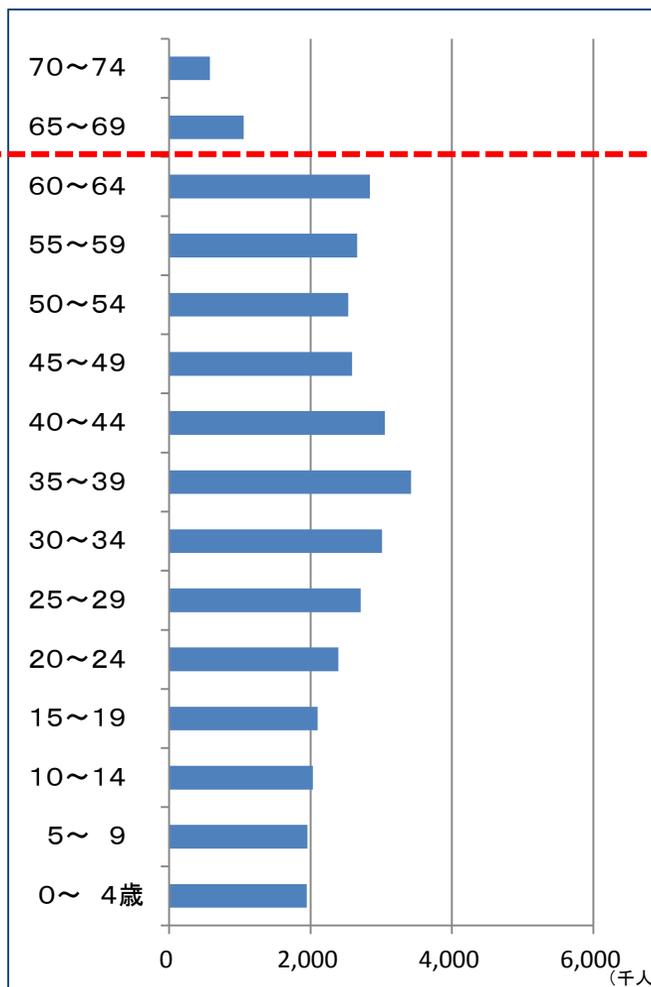
主な保険者別の年齢階級別加入者数

(平成23年度平均)

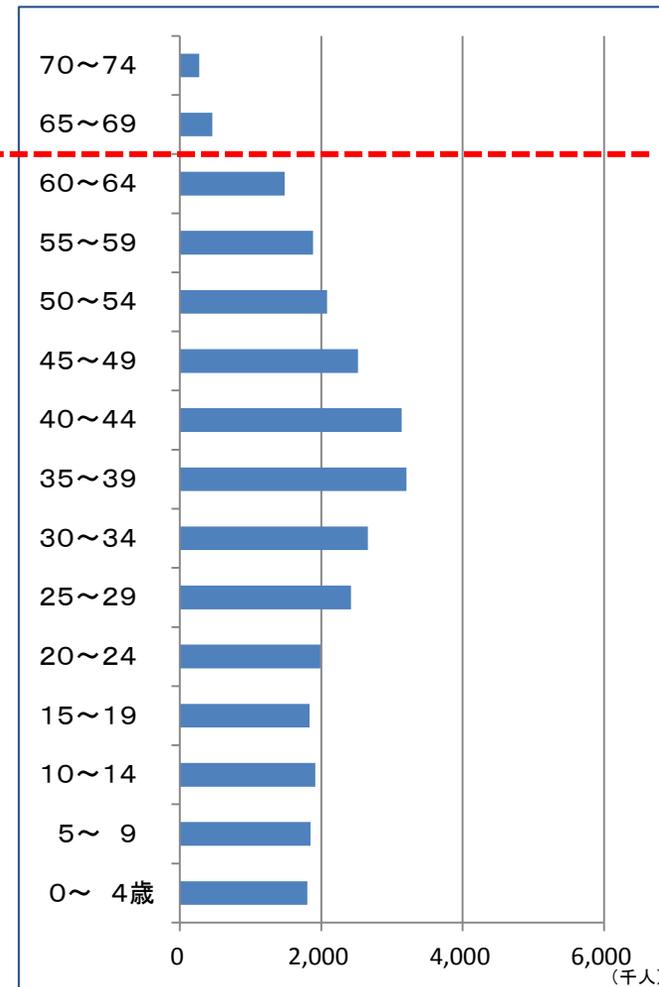
市町村国保



協会けんぽ



組合健保



(注) 1. 「市町村国保」は、「国民健康保険事業年報」、「国民健康保険実態調査報告」による。

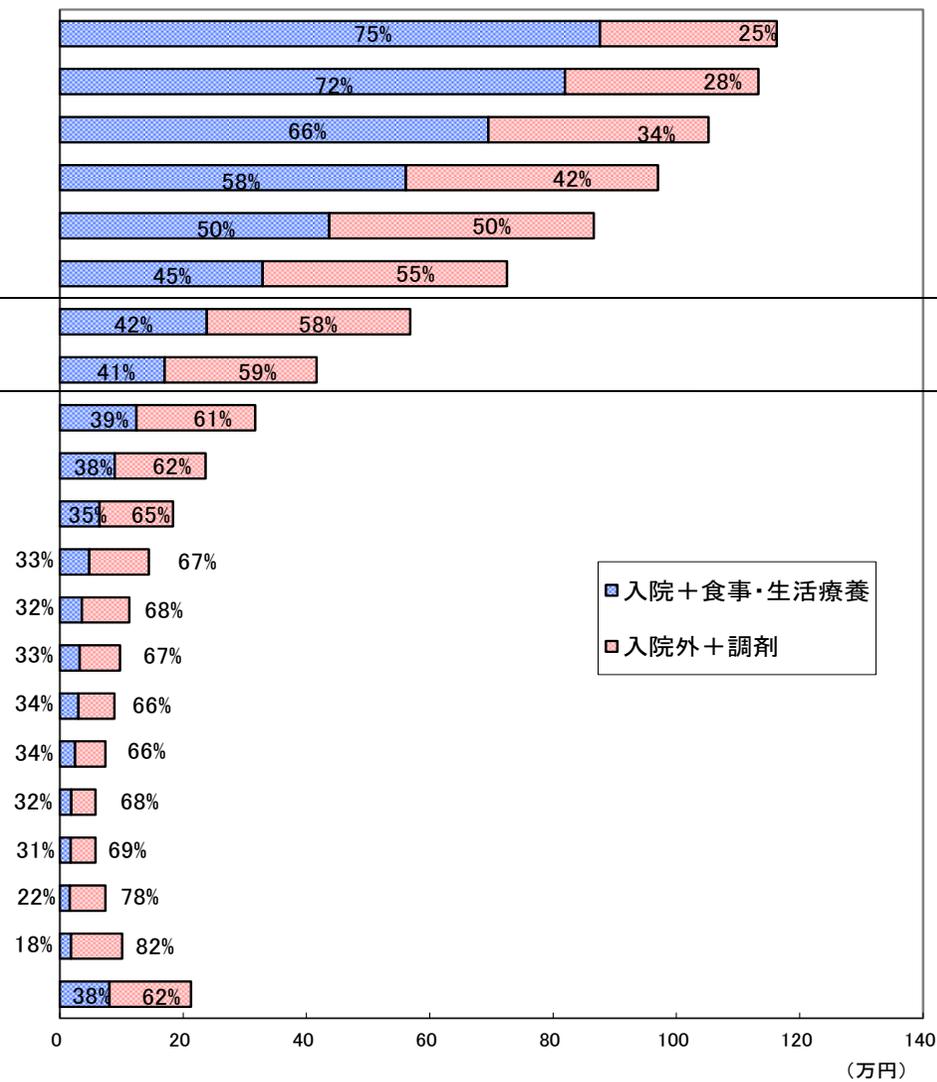
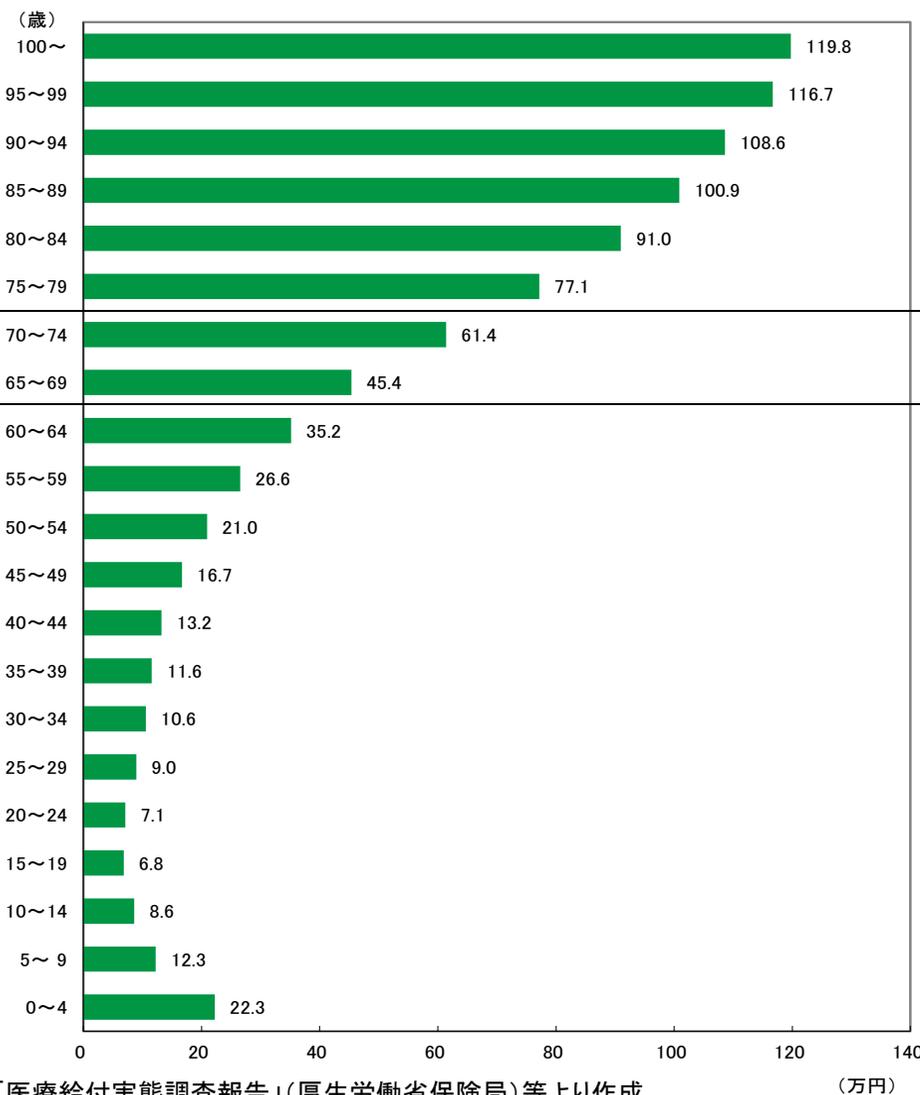
2. 「協会けんぽ」及び「組合健保」は、「健康保険・船員保険事業年報」、「健康保険・船員保険被保険者実態調査報告」による。

年齢階級別1人当たり医療費(平成23年度)(医療保険制度分)

1人当たり医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、70歳代までは外来（入院外+調剤）の割合が高いが、80歳代になると入院（入院+食事療養）の割合が高くなる。

(医療費計)

(医科診療費)



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

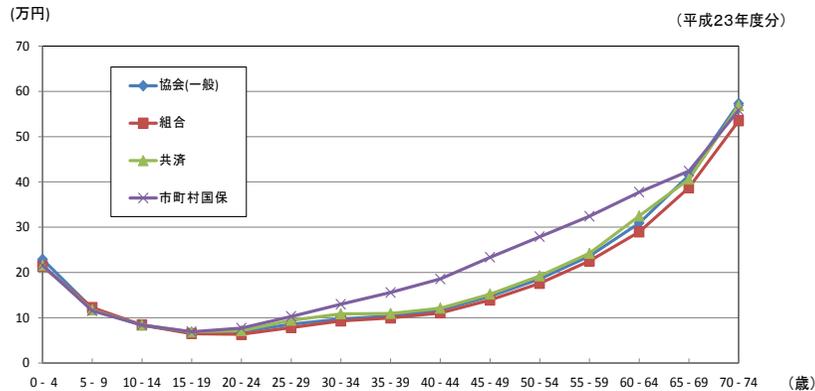
(万円)

(万円)

年齢階級別1人当たり医療費(75歳未満)の制度間比較(平成23年度)

【総計】

図1 年齢階級別1人当たり医療費【総計】



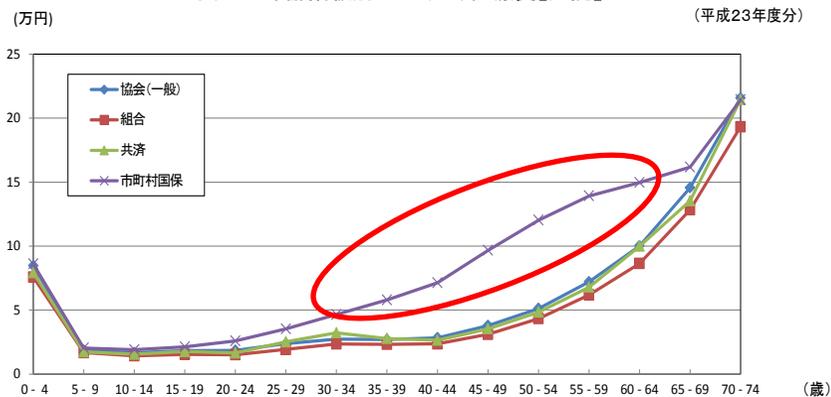
(注) 1人当たり医療費【総計】は、診療費(入院、入院外、歯科)、調剤及び食事・生活療養に係る分である。

○ 協会けんぽ(一般)、健保組合、共済組合、国保の年齢階級別1人当たり医療費を比べると、国保の入院医療費が高めとなっている。

資料:厚生労働省保険局
「医療給付実態調査(平成23年度)」

【入院】

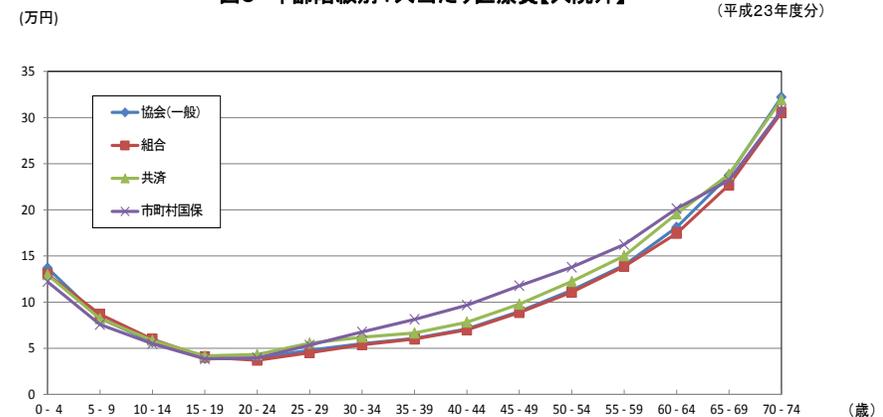
図2 年齢階級別1人当たり医療費【入院】



(注) 1人当たり医療費【入院】は、入院及び食事・生活療養に係る分である。

【入院外】

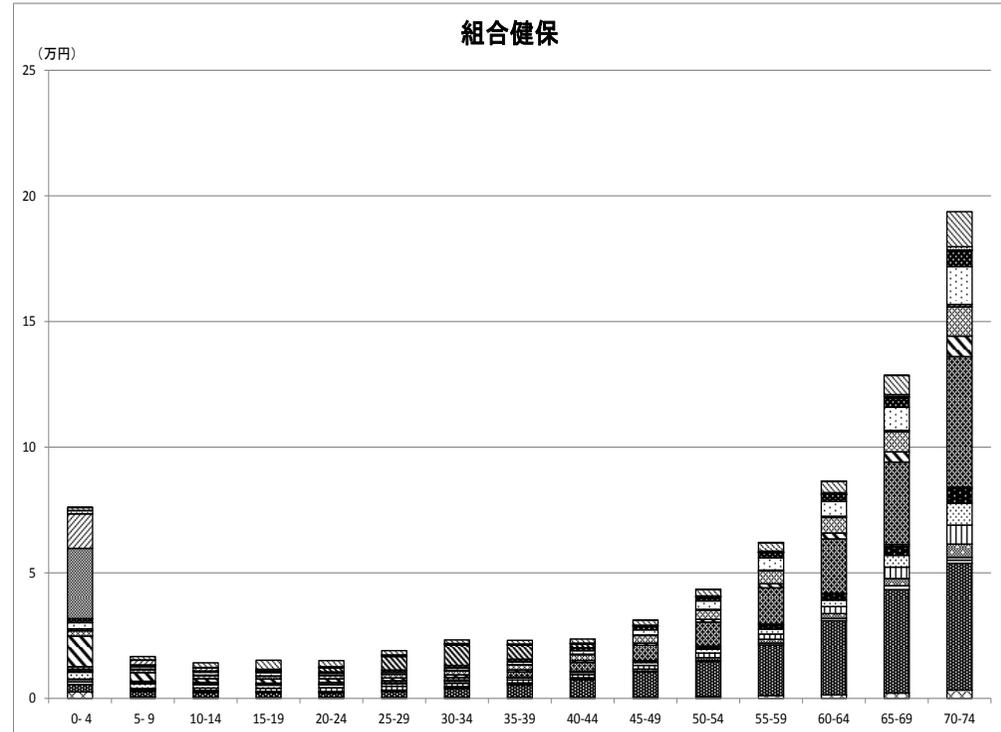
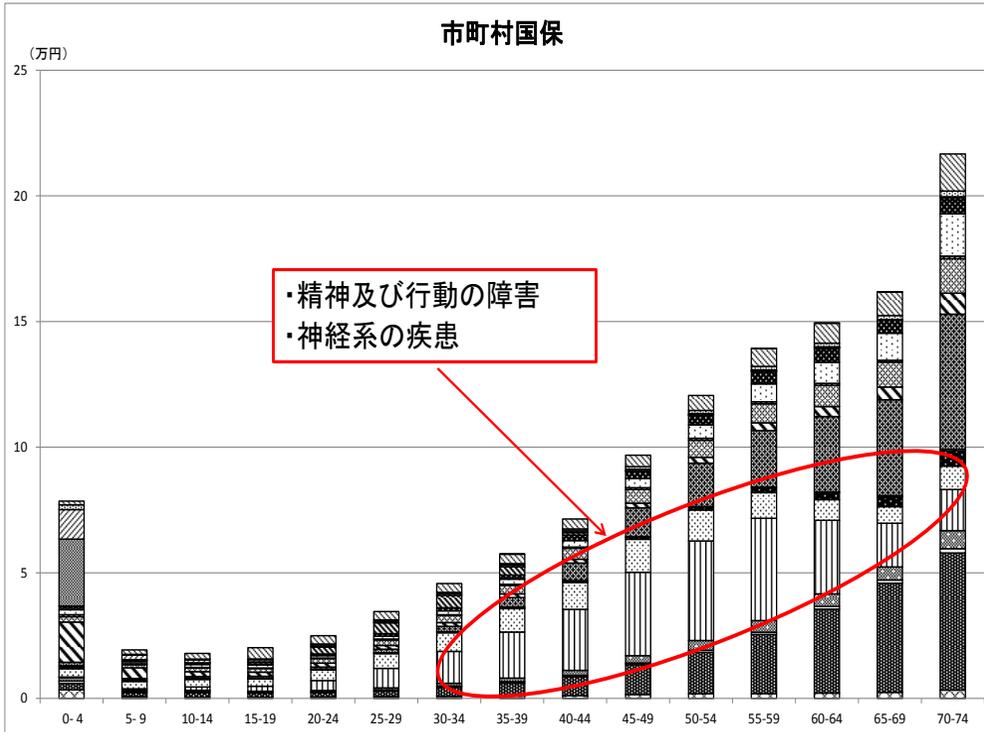
図3 年齢階級別1人当たり医療費【入院外】



(注) 1人当たり医療費【入院外】は、入院外及び調剤に係る分である。

主疾病別、年齢階級別、1人当たり入院医療費の比較【市町村国保と健保組合】（平成23年度）

市町村国保の入院医療費を主疾病別で見ると、幅広い年齢層で「精神及び行動の障害」「神経系の疾患」の割合が高くなっている。



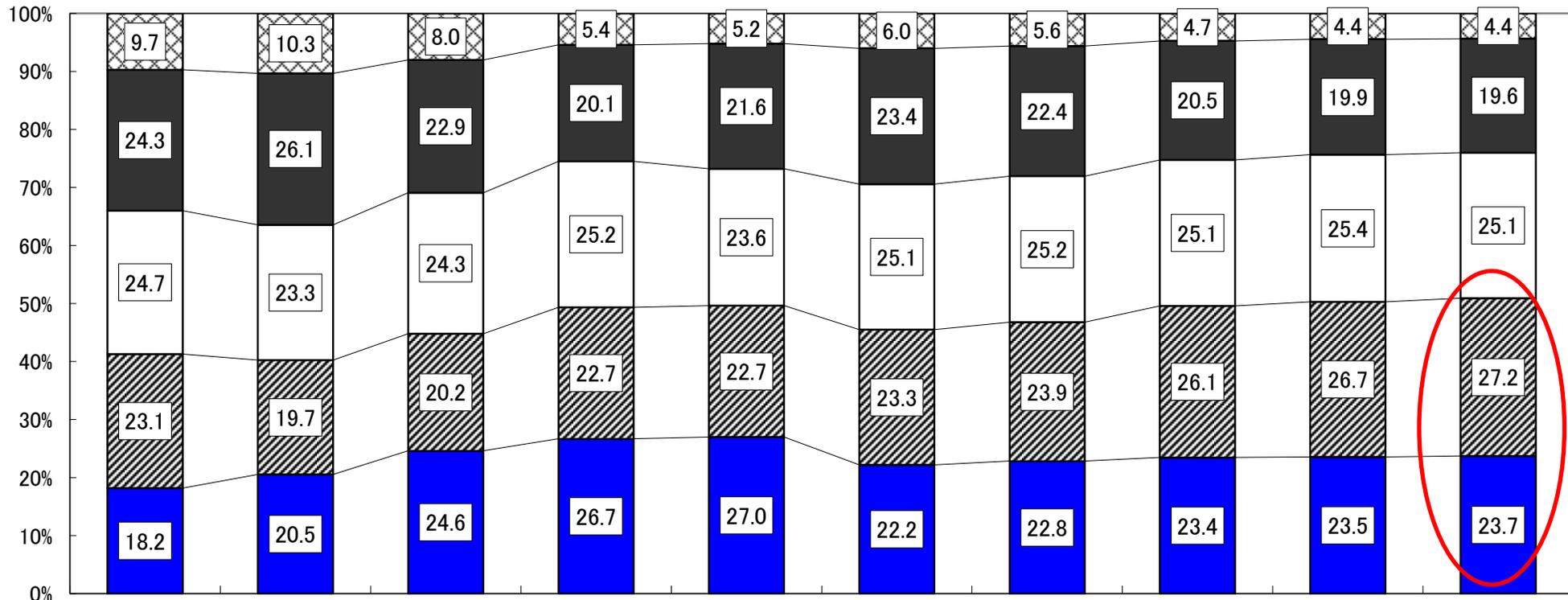
- 特殊目的用コード
- ▣ 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- 周産期に発生した病態
- 腎尿路生殖器系の疾患
- 皮膚及び皮下組織の疾患
- 呼吸器系の疾患
- 耳及び乳突突起の疾患
- 神経系の疾患
- 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 新生物

- 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- 先天奇形、変形及び染色体異常
- 妊娠、分娩及び産後
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 消化器系の疾患
- 循環器系の疾患
- 眼及び付属器の疾患
- 精神及び行動の障害
- 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- 感染症及び寄生虫症

世帯の所得階層別割合の推移（市町村国保）

平成24年度において、加入世帯の23.7%が所得なし、27.2%が0円以上100万円未満世帯であり、低所得世帯の割合が次第に増加している。

※「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



平成2年度 平成7年度 平成12年度 平成17年度 平成19年度 平成20年度 平成21年度 平成22年度 平成23年度 平成24年度
 (1990年度) (1995年度) (2000年度) (2005年度) (2007年度) (2008年度) (2009年度) (2010年度) (2011年度) (2012年度)

■ 所得なし ■ 0円以上100万円未満 □ 100万円以上200万円未満 ■ 200万円以上500万円未満 □ 500万円以上

(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

(注2) 擬制世帯、所得不詳は除いて集計している。

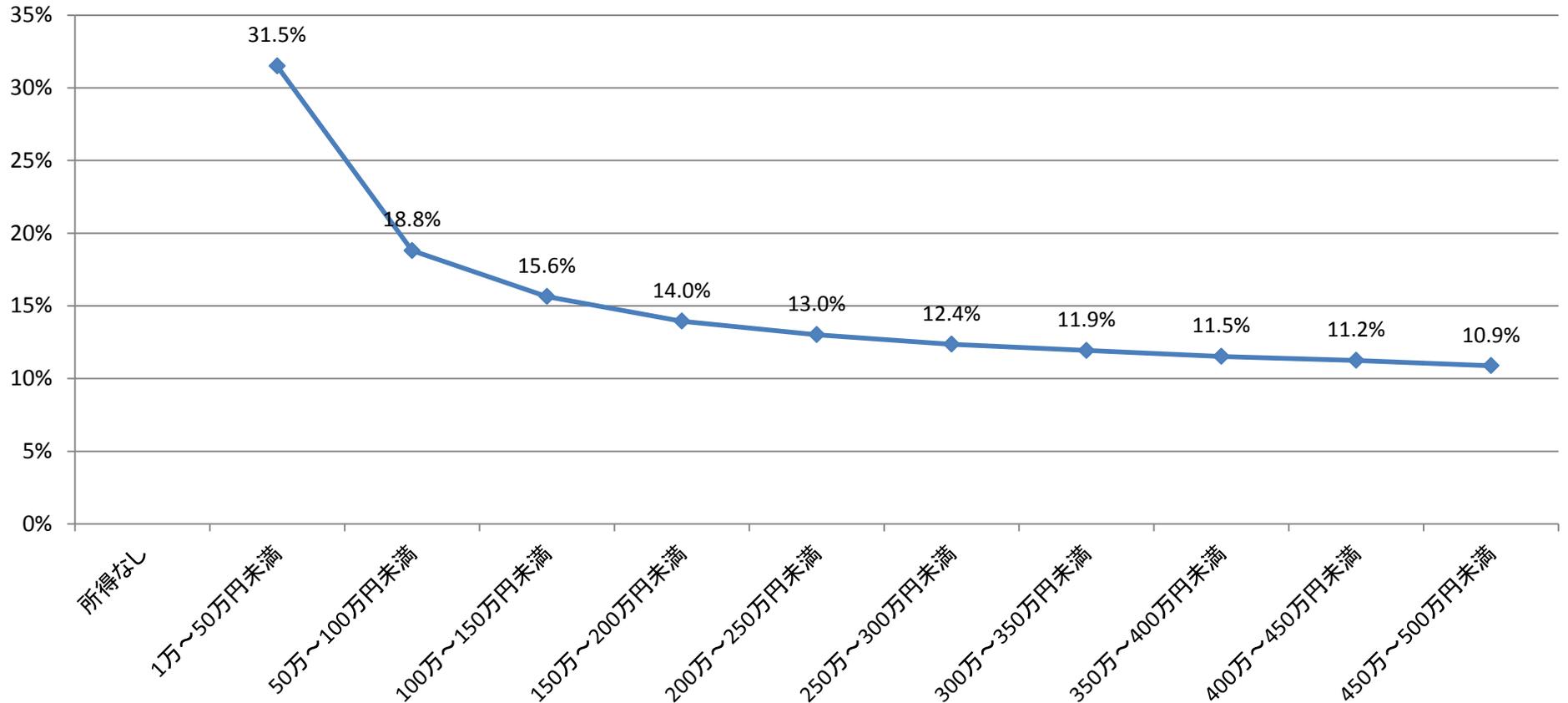
(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(注4) ここでいう所得とは「旧ただし書き方式」により算定された所得総額(基礎控除前)である。

所得階級別の保険料負担率（市町村国保）

○ 「所得」に対する「保険料」の割合（保険料負担率）は、低所得世帯ほど高くなっている。

※ 「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。

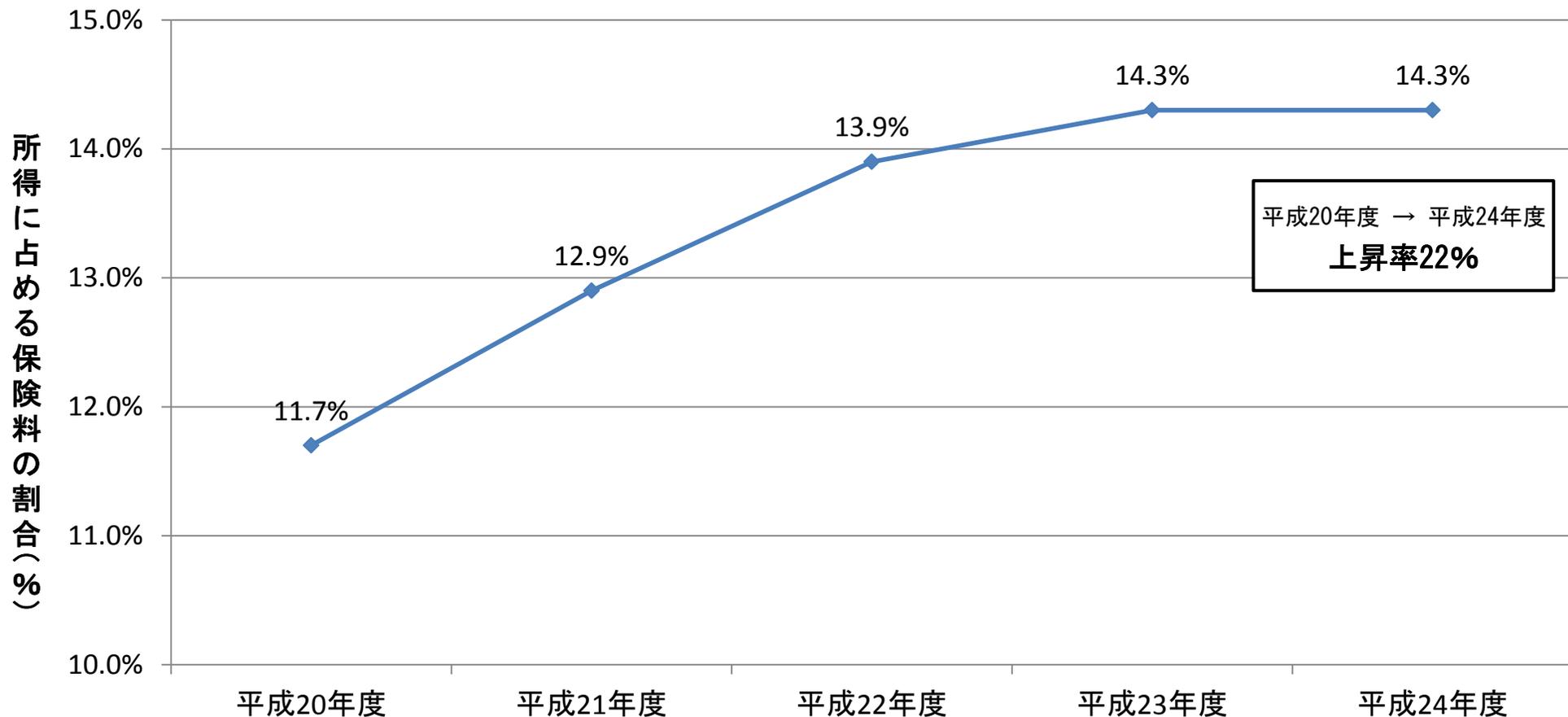


(出所)：「平成24年度 国民健康保険実態調査」

(注)ここでいう「所得」とは、旧ただし書き所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた額)である。

市町村国保の保険料負担率の推移

- 所得に占める保険料の割合(保険料負担率)は年々上昇しており、平成24年度の保険料負担率は14.3%である。
- 平成20年度から平成24年度にかけて、保険料負担率は22.2%上昇している。



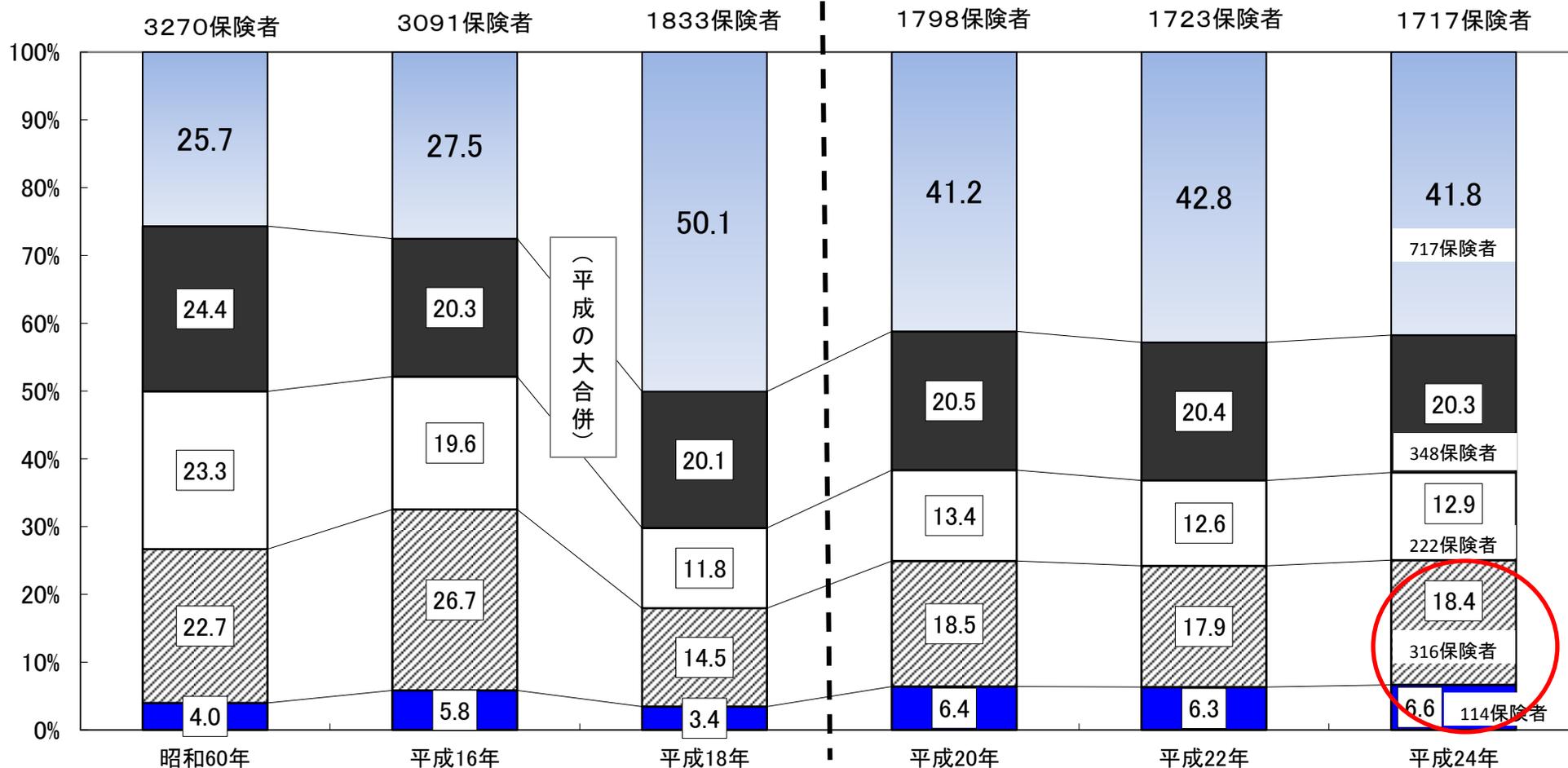
〔出典〕平成24年度国民健康保険事業年報、平成24年度国民健康保険実態調査

※1 ここでのいう所得とは「旧ただし書所得」を指し、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額である。

※2 「保険料負担率」は、保険料(税)調定額を旧ただし書所得で除したものであり、保険料(税)調定額には、介護納付金分を含む。

保険者規模別構成割合の推移

平成24年9月末時点で、1,717保険者中430保険者(約1/4)が被保険者数3,000人未満の小規模保険者。



■加入者数1万人以上 ■加入者数5000人以上1万人未満 □加入者数3000人以上5000人未満 □加入者数1000人以上3000人未満 ■加入者数1000人未満

(出所)：「国民健康保険実態調査」

(注)平成20年度に後期高齢者医療制度が創設され、被保険者数が減少していることに留意が必要。

市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化

◎ 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援制度の拡充により、財政基盤を強化する。
(～2,200億円程度、税制抜本改革とともに実施。)

《「国保に関する国と地方の協議」提出資料より》

1. 低所得者保険料軽減の拡大 (500億円程度)

・ 5割軽減・2割軽減世帯の基準額の引上げ (さらに保険料が軽減される者：約400万人) *27年度ベース

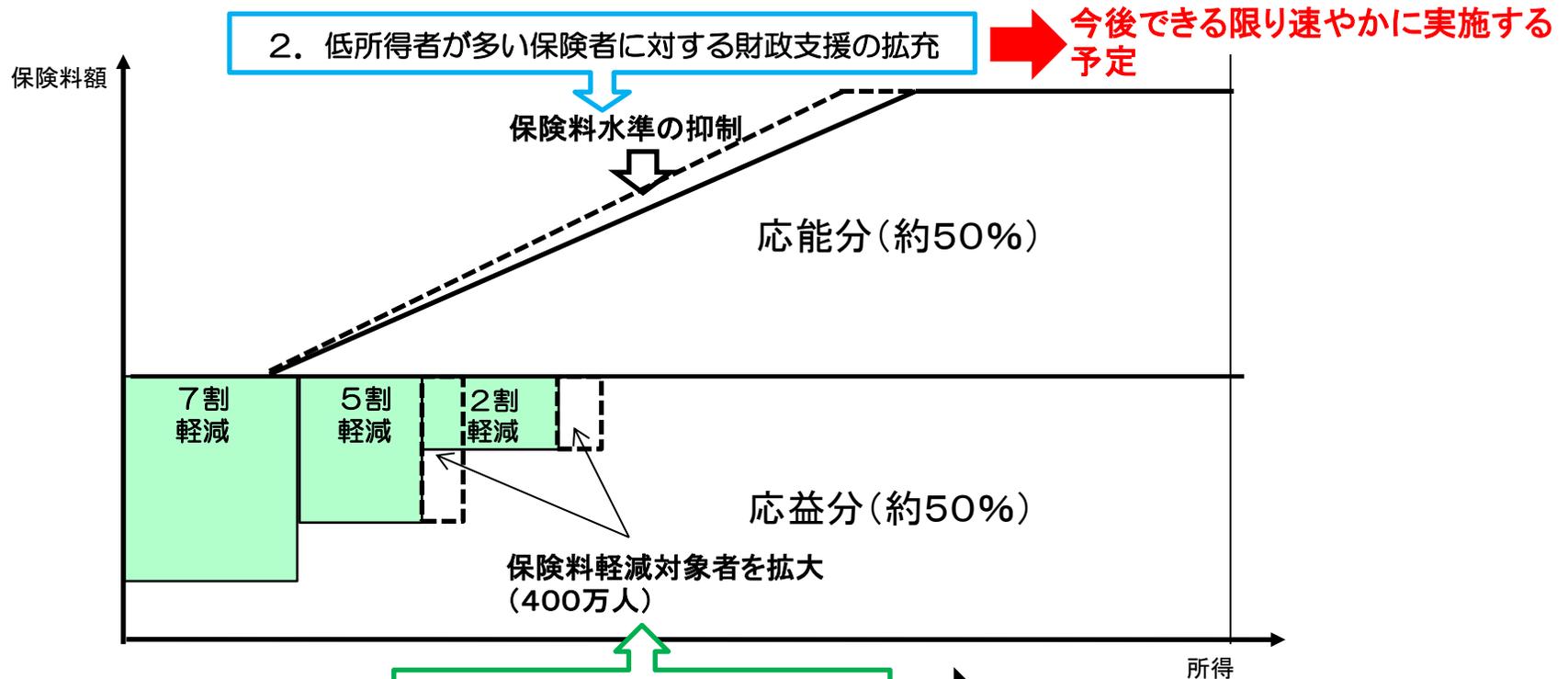
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆2割軽減対象者 年収223万円以下 → 266万円以下 (※いずれも、夫婦、子1人で夫の給与収入のみの場合)

2. 保険者支援制度の拡充 (1,700億円程度)

・ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充

・ 保険料水準全体を抑制する効果 (対象者：全被保険者(3,500万人)) *27年度ベース



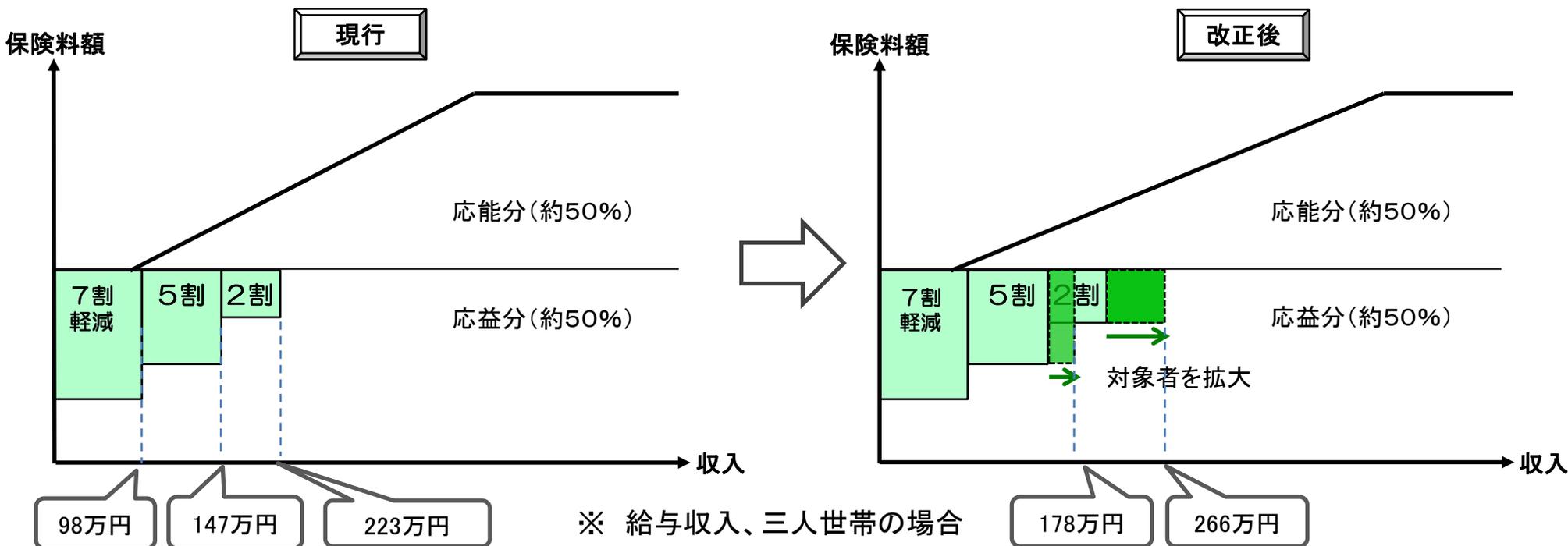
1. 低所得者保険料軽減の拡大

平成26年度から実施

市町村国保・後期高齢者医療の低所得者の保険料軽減措置の拡充(平成26年度)

○ 国民健康保険・後期高齢者医療の保険料の軽減判定所得の基準を見直し、保険料の軽減対象を合計約500万人拡大する。

<国民健康保険制度の場合> ※さらに保険料が軽減される者 約400万人(平成26年度所要額(公費):約490億円)



《具体的な内容》

① 2割軽減の拡大 ... 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 (給与収入 約223万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 (給与収入 約266万円、3人世帯)

② 5割軽減の拡大 ... 現在、二世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

(現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-世帯主) (給与収入 約147万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 (給与収入 約178万円、3人世帯)

(参考)

国保制度では、このほか、保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充についても今後実施する予定。

<後期高齢者医療制度の場合> ※さらに保険料が軽減される者 約110万人(平成26年度所要額(公費):約130億円)

後期高齢者医療制度においても同様の見直しを行う

市町村国保における保険者支援制度の拡充

○ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援について、拡充を行う。

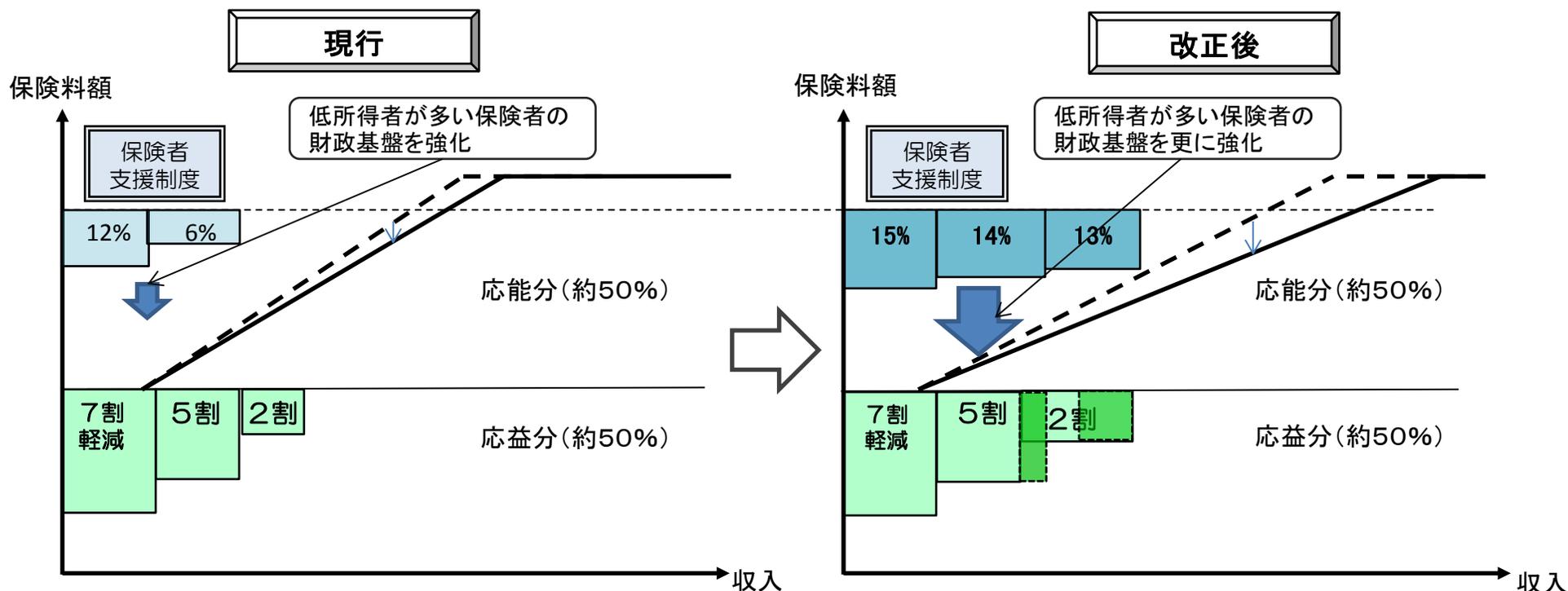
《具体的な内容(案)》

- ① 現在、財政支援の対象となっていない2割軽減対象者についても、財政支援の対象とするとともに、軽減対象の拡大に応じ、財政支援の対象を拡大する。
- ② 現行の7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げる。
- ③ 財政支援額の算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に改める。

※ 収納額 = 算定額 - 法定軽減額 - 未納額

【現行】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**収納額**の**12%**(7割軽減)、**6%**(5割軽減)

【改正後】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**算定額**の**15%**(7割軽減)、**14%**(5割軽減)、**13%**(2割軽減)



(注) 現在の保険者支援制度は、7割軽減、5割軽減の対象者数に応じ、それぞれ当該市町村の平均保険料収納額の12%、6%に相当する額を補助。

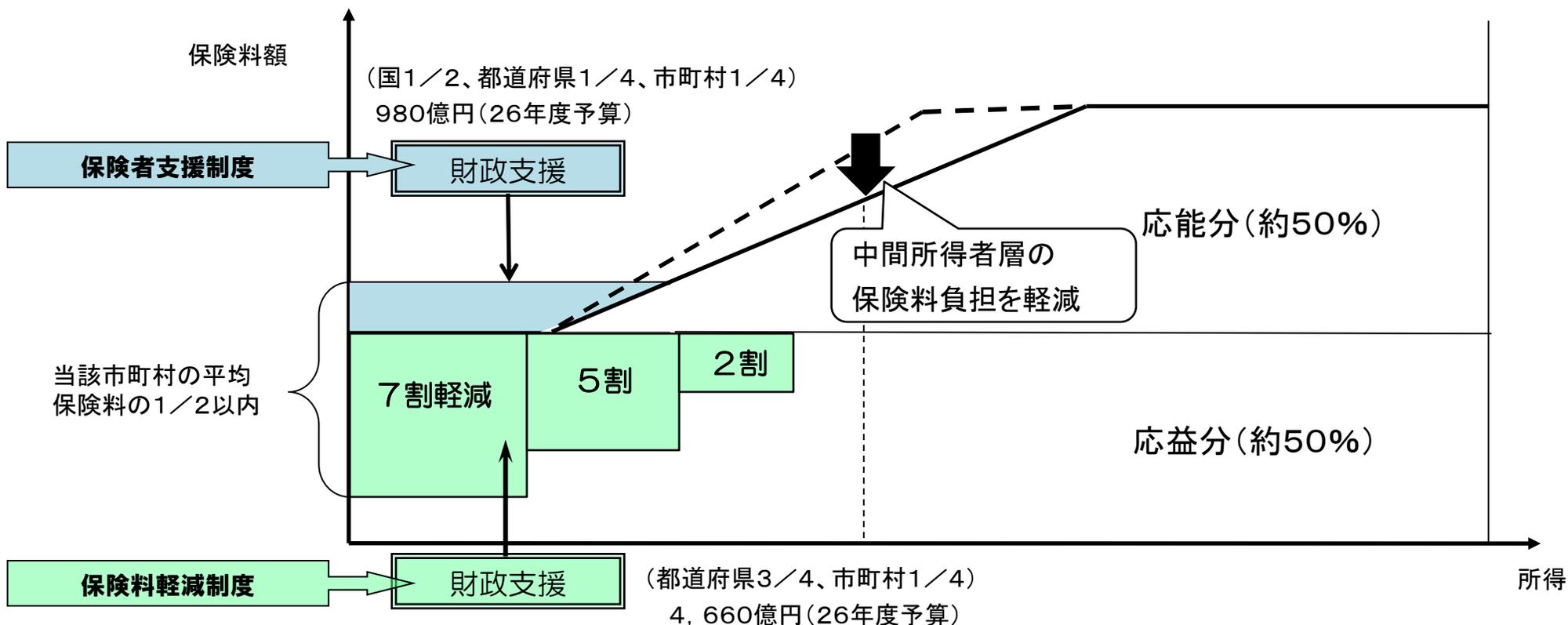
保険者支援制度及び保険料軽減制度の概要

○保険者支援制度

保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、平均保険料の一定割合を保険者に対して財政支援。

○保険料軽減制度

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で財政支援。



高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業

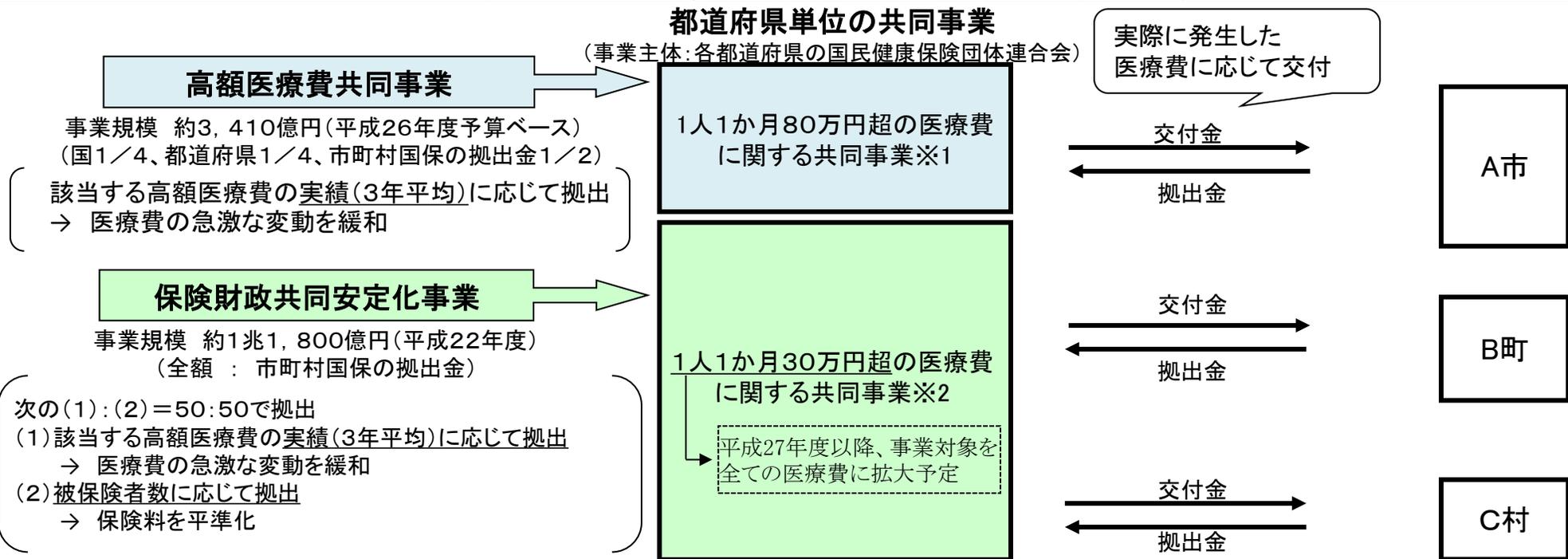
高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、市町村国保からの拠出金を財源として、市町村が負担を共有。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国が財政支援。

※ 更に著しく高額な医療費については、国から追加の財政支援が行われている(超高額医療費共同事業)。

○保険財政共同安定化事業

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円を超える医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する共同事業を実施。

※ 拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。



保険財政共同安定化事業について、都道府県が広域化等支援方針に定めることにより、

- ①30万円以下の額から行うこと、②被保険者数に応じて拠出する割合を50%以上にする事、
- ③高額医療費の実績や被保険者数に応じた拠出だけでなく、所得に応じた拠出を行うことが可能に。

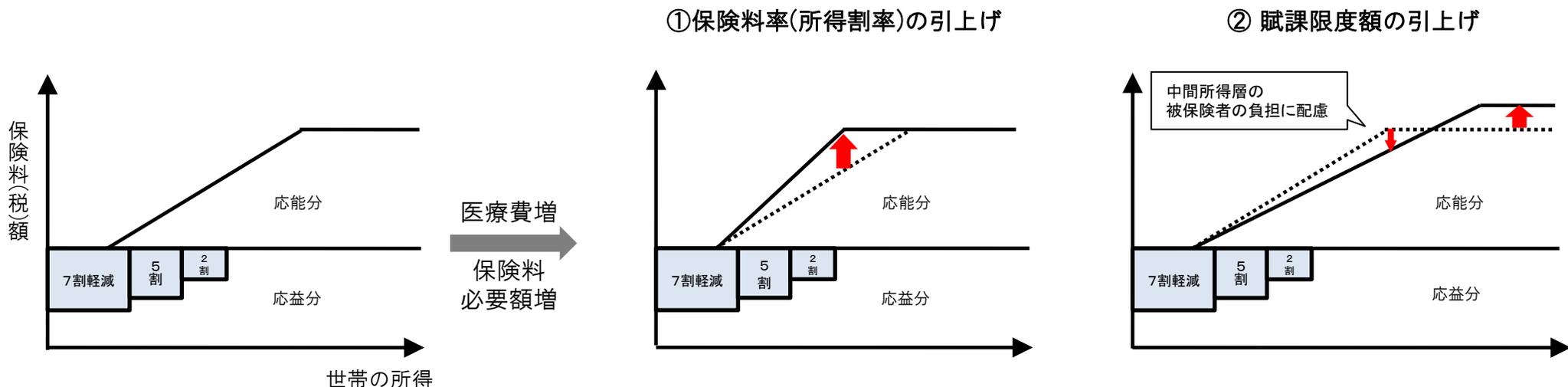
※1 医療費のうち80万円を超える額を対象としている

※2 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている

- 社会保険方式を採用する医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険料負担に一定の限度を設けることとしている。
- 高齢化の進展等により医療給付費等が増加する一方で、被保険者の所得が伸びない状況において、例えば、
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げずに、保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保することとすれば、高所得層の負担と比較し、中間所得層の負担がより重くなる。【イメージ図：①】
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げることとすれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、中間所得層の被保険者に配慮した保険料設定が可能となる。【イメージ図：②】
- 今後、高齢化の進展等による医療給付費等の増加が見込まれる中で、保険料負担の公平を図る観点から、保険料負担の上限の在り方について、どのように考えるか。

【国民健康保険制度の場合(イメージ図)】

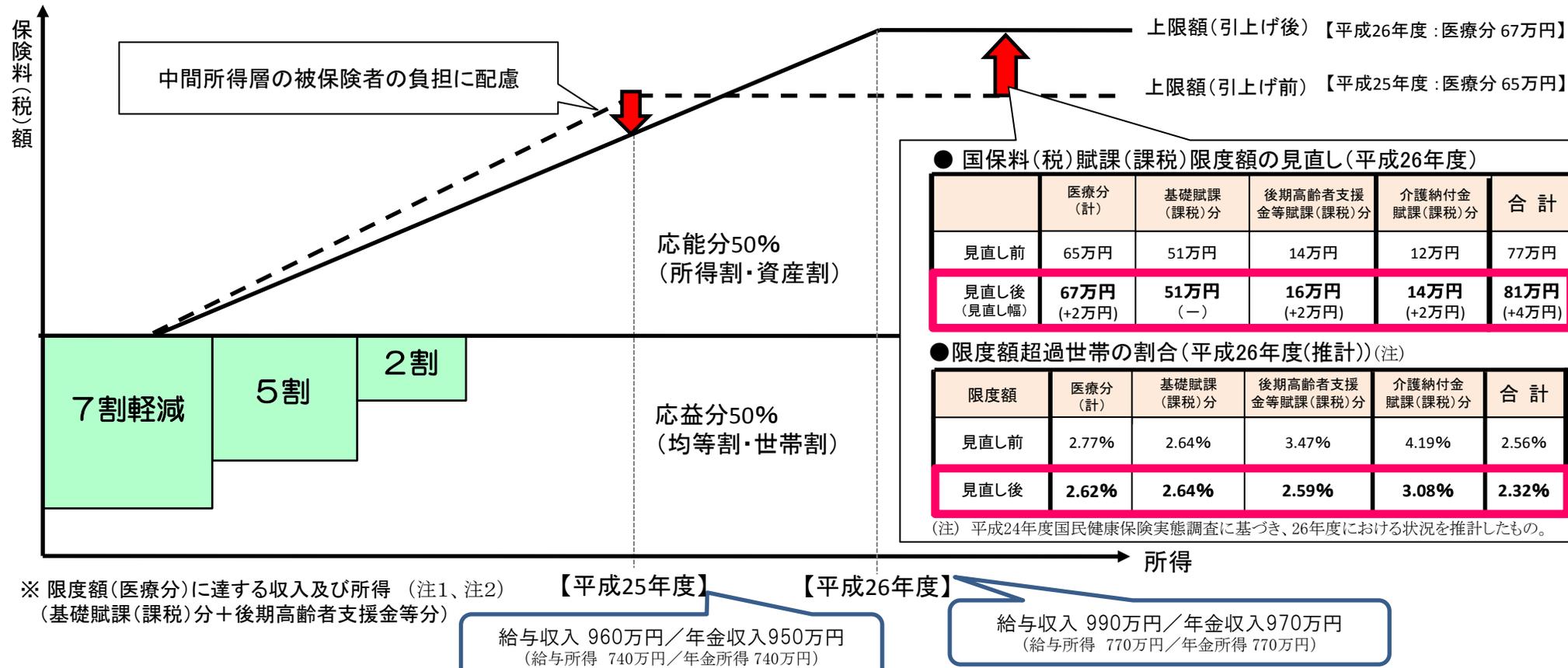
- * 医療費が増加し確保すべき保険料収入額が増加した場合において、必要な保険料収入を確保するため、例えば、①保険料率(所得割率)の引上げ ② 賦課限度額の見直し を行うことが考えられる。



平成26年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し

平成26年10月15日
医療保険部会資料(第82回)

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、平成26年度の国保料(税)の限度額超過世帯の割合(推計)を見ると、
 - ・ 平成25年度と比べて限度額超過世帯の割合が増加する見込みであること
 - ・ 基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯の割合にばらつきが見られることから、これまでの最大引上げ幅と同額の「4万円」を上限として、平成26年度において見直した。
- 具体的には、後期高齢者支援金等分・介護納付金分をそれぞれ2万円ずつ引き上げることとした。



※ 限度額(医療分)に達する収入及び所得(注1、注2)
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成24年度全国平均値で試算。平成24年度 所得割率 8.18%、資産割額 14,687円、均等割額 28,040円、世帯割額 26,693円。同様の考え方で平成26年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入870万円/年金収入860万円、2方式の場合には給与収入1020万円/年金収入1000万円となる。

- 国民健康保険においては、これまで、国民健康保険の被保険者における基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分それぞれの限度額＋超過世帯割合（超過世帯割合の前年度比較・バランス等）の状況を考慮して、都度、賦課限度額の引上げを行ってきた。
- 今般、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」を踏まえて賦課限度額の引上げを検討する必要があるが、中長期的な賦課限度額の引上げのあり方を検討するに当たり、被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げルールを参考とすることが考えられるのではないか。
- 具体的には、最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が1.0%～1.5%の間となるように法定されている被用者保険におけるルール（⇒0.5%～1.5%に改定を検討）とのバランスを考慮しつつ、現在、国保の賦課限度額超過世帯割合が2.3%であることに鑑み、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように、段階的に賦課限度額を引き上げていくこととしてはどうか。
- ただし、国保の場合、低中所得層の多い市町村においては、相対的に所得の低い世帯の保険料額が賦課限度額に該当することもあることから、引上げにあたっては、各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断していくこととしてはどうか。
- また、国保の賦課限度額を引き上げる場合には、現状においても後期高齢者医療の賦課限度額超過被保険者割合が1.5%に満たないことなどを踏まえ、後期高齢者医療の賦課限度額をどう考えるか。

（参考）健康保険法第40条第2項

毎年3月31日における標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の被保険者総数に占める割合が100分の1.5を超える場合において、その状態が継続すると認められるときは、その年の9月1日から、政令で、当該最高等級の上に更に等級を加える標準報酬月額の等級区分の改定を行うことができる。ただし、その年の3月31日において、改定後の標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の同日における被保険者総数に占める割合が100分の1を下回ってはならない。

保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書（概要）

平成24年度厚生労働省委託事業(平成25年3月みずほ情報総研株式会社)

○ 保険者機能とは「保険者が果たしている（果たすべき）役割・機能」であり、以下の①～⑥と整理。

保険者とは

医療費の資金調達（ファイナンス）に関し社会保険方式を採用
⇒ 保険運営を行う主体が必要（＝保険者）

医療にはファイナンスの前に
医療サービスの提供・受療という過程がある
⇒ 保険者は医療の共同購入組織・加入者の健康の保持増進を図る必要

保険者機能とは

① 被保険者の適用（資格管理） ③ 保険給付（付加給付も含む）
② 保険料の設定・徴収 ④ 審査・支払

⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

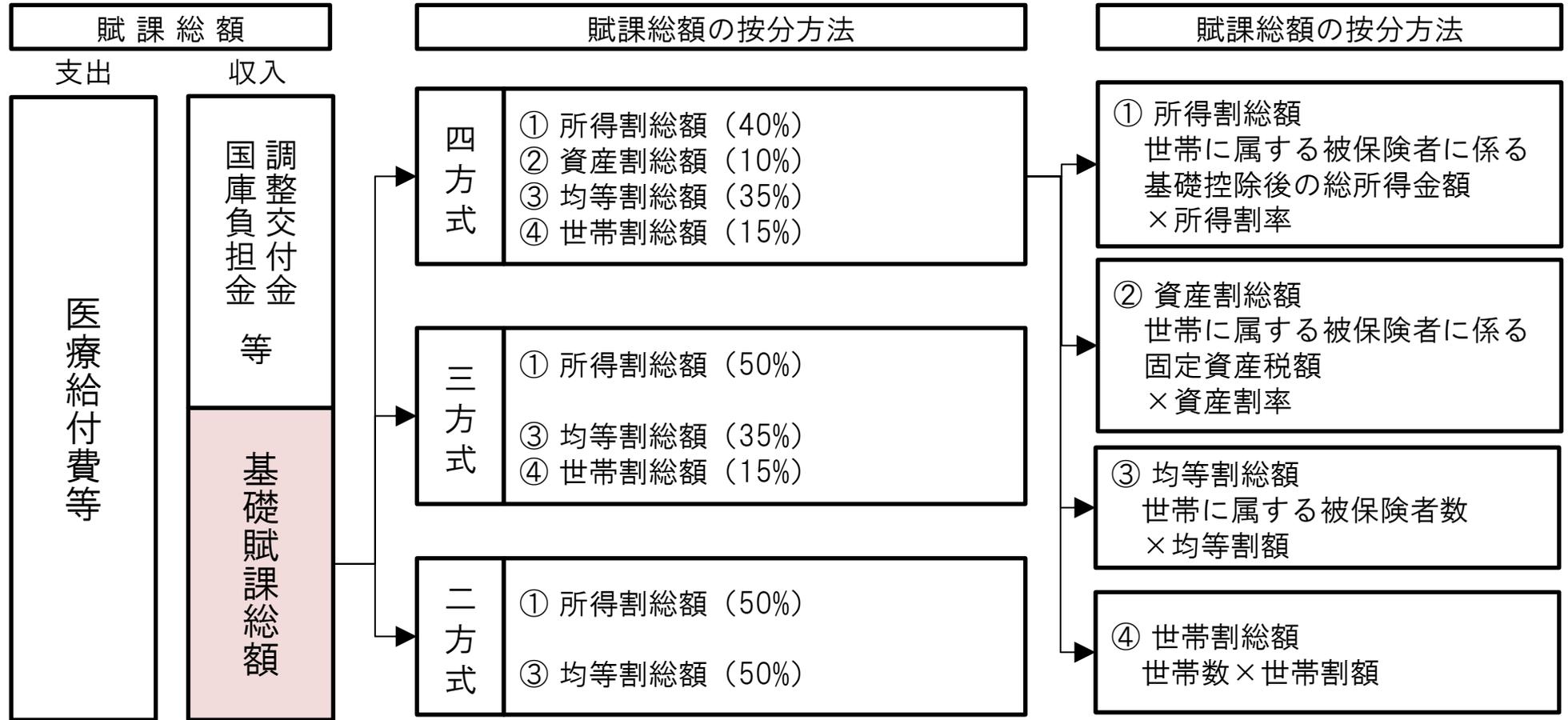
加入者のエージェントとして、加入者の利益の最大化を図る観点から、具体的に整理すると…

- ① 適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと
- ② 加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと
- ③ 必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと
- ④ レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと
- ⑤ レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること
 - ・ 加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと
 - ・ 医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること
- ⑥ 医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと
 - ・ レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること

※1 保険者機能の発揮には、一定の体制整備とコストが必要であり、保険者機能と一口にいても、複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものがあること、保険者種別ごとの制度上の違いがあること、保険者ごとの置かれている状況に応じて最重要課題として取り組んでいることが異なることなどを踏まえた対応が必要。

※2 複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものなど、個々の保険者機能の内容・性格等を踏まえた対応が必要。

国民健康保険料（税） 賦課基準



国民健康保険料（税）の賦課方式別保険者数

(平成24年度末現在)

区分	保険者数	保険者数による構成比
四方式	1,156	67.6%
三方式	496	29.0%
二方式	58	3.4%
合計	1,703	100.0%

- ※1 不均一課税の保険者(14保険者)を除く。
- ※2 計数は、四捨五入によっているため、端数において合致しないものがある。
- ※3 「平成23年度国民健康保険事業年報」より。
- ※4 基礎賦課分(医療給付費等にかかるもの)の賦課方式別保険者数。(基礎賦課分(他、後期高齢者支援金等、介護納付金にかかるものがある。))

「旧ただし書所得」について

- 国民健康保険料の所得割は、「旧ただし書所得」を算定の基礎としている。
- 「旧ただし書所得」とは、「収入」(事業収入、給与収入、年金収入等)から、必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を控除し(「総所得金額等」)、さらに「所得控除」(基礎控除(33万円)、配偶者控除、扶養控除等)のうち、「基礎控除(33万円)」のみを控除した後の所得金額である。

収入

事業収入、給与収入、年金収入 等

総所得金額等

必要経費、給与所得控除、
公的年金等控除 等

旧ただし書所得

基礎控除
(33万円)

課税所得

所得控除
(基礎控除、配偶者控除、扶養控除 等)

【例】

(1) 旧ただし書所得が100万円となる給与収入

給与収入216万円の場合 : $216\text{万円} - 82.8\text{万円}(\text{給与所得控除}) - 33\text{万円}(\text{基礎控除}) = 100\text{万円}(\text{旧ただし書所得})$

(2) 基礎年金相当の年金受給者の旧ただし書所得

年金収入80万円の場合 : $80\text{万円} - 70\text{万円}(\text{公的年金等控除}) - 33\text{万円}(\text{基礎控除}) = 0\text{円}(\text{旧ただし書所得})$

(65歳未満の方)

国民健康保険組合の健康保険適用除外承認について

●国民健康保険組合とは

国保組合は、同種の事業又は業務に従事する者で当該組合の地区内に住所を有するものを組合員として組織された国民健康保険法上の公法人である。（平成24年4月現在：164組合）

（※国保組合に加入していなければ、市町村国保に加入すべき者）

●健康保険（被用者保険）について

- ・法人事業所または従業員5人以上の個人事業所については健康保険の適用事業所となり、当該事業所に使用される者は、健康保険の被保険者となる。
- ・健康保険の被保険者は、国民健康保険に加入することができない。

(参考)

	強制適用業種 [土木・建築、医療等]		非適用業種 [飲食業、サービス業等]	
5人以上	適用	適用	適用	非適用
5人未満	非適用	適用	適用	非適用
	個人	法人	個人	個人

■ 健康保険強制適用被保険者
□ 健康保険任意包括被保険者、市町村国保被保険者

●健康保険適用除外承認制度について

- ・健康保険適用除外承認制度とは、本来、法人事業所または従業員5人以上の個人事業所に使用される者は健康保険の被保険者となるが、以下に該当する者であって、国保組合の理事長が認めた者について、厚生労働大臣（年金事務所）の承認を受けることで、例外的に引き続き国保組合に加入し続けられる制度である。
（※国保組合の事業運営の継続性の観点から例外的に認められたものである）

- ① 国民健康保険組合の被保険者である者を使用する事業所が法人となる又は5人以上事業所となる等により、健康保険の適用事業所となる日において、現に国民健康保険組合の被保険者である者
- ② 国民健康保険組合の被保険者である者が法人又は5人以上事業所を設立する等により、健康保険の適用事業所となる場合における当該被保険者
- ③ ①又は②に該当することにより適用除外の承認を受けた者を使用する事業所に新たに使用されることとなった者
- ④ 国民健康保険組合の被保険者である者が、健康保険の適用事業所に勤務した場合における当該被保険者

組合特定被保険者に対する定率補助について

○ 法人事業所又は従業員5人以上の個人事業所に使用される者は、健康保険の被保険者となるが、国保組合に加入していた者が働く事業所が法人となった場合や個人事業所で従業員が5人以上となった場合など、健康保険の適用要件を満たしたときに国保組合の理事長と厚生労働大臣（年金事務所）の承認を得れば、例外的に引き続き国保組合に加入し続けられる。

※ 健康保険の適用対象が拡大される中、国保組合の事業運営の継続性の観点から、例外的に認められたもの。

○ 平成9年の法律改正により、国民健康保険組合の被保険者のうち、本来、政府管掌健康保険に加入すべき者であるが、上述の承認を得て国民健康保険組合の被保険者となった者を「組合特定被保険者」とし、組合特定被保険者のうち、平成9年9月以降に新規に国保組合に加入した者に係る国庫補助率については、政府管掌健康保険の国庫負担率を勘案し、均衡を保つこととしている。

加入時期 (国保組合一般)	平成9年8月以前加入		平成9年9月以降加入	
	一般被保険者	組合特定被保険者	一般被保険者	組合特定被保険者
本人 ・ 家族	32%	32%	32%	医療給付費 : 13.0%(*1) 後期支援金 : 16.4%(*2) 介護納付金 : 16.4%

※1 平成9年9月以降に適用除外承認を受けた者の医療給付費の補助率は、平成22年度から協会けんぽの補助率が16.4%に引き上げられたものの、13%で据え置き。

※2 後期支援金の1/3は、所得水準に応じて補助している。

※3 全国土木建築国保組合への定率補助は、平成9年8月以前からの加入者の家族については事業所の規模にかかわらず補助率32%、平成9年9月以降300人以上事業所の本人・家族については国庫補助対象外、300人未満事業所の本人・家族については若人13.0%、後期・介護16.4%

国保組合高額医療費共同事業の概要

- 高額医療費共同事業は、国保組合（全国土木を除く）を対象に、レセプト1件あたり100万円を超える高額な医療費に対して行う共同事業で、国保組合の財政運営の安定化に資することが目的。
- 各国保組合から拠出金を徴収し、それを原資として、高額な医療費を負担した国保組合に対して交付金の交付を行う。
- 拠出金総額は、当該年度における各国保組合の被保険者の高額医療費（過去3年の実績を勘案して推計した額）から国庫補助相当額を控除した額
- 国は本事業に対して、予算の範囲内において補助を実施している。（26年度予算:22.2億円）

